



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

„Der Einfluss der Krebserkrankung auf
das Selbstkonzept des Kindes“

Verfasserin:

Hofstetter Julia

angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie

Wien, im April 2009

Studienkennzahl: A297

Studienrichtung: Bildungswissenschaften

Betreuer: Ass.-Prof. Mag. Dr. Johannes Gstach

Ich, Julia Hofstetter, versichere, dass ich die hier vorgestellte Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Stellen aus anderen Quellen in der Arbeit gekennzeichnet habe. Des Weiteren habe ich mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Vorwort

Die Motivation diese Arbeit zu schreiben, war die, herauszufinden, wie krebskranke Kinder mit ihrer Erkrankung umgehen, welche Vorstellungen sie über sich selbst entwickeln und was sie über ihre aktuelle Situation denken. Die meiste onkologische Literatur, die zu lesen ist, wurde aufgrund von Annahmen und Hypothesen von ErzieherInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen etc. über diese Kinder hinweg verfasst. Nie oder nur selten werden die Kinder selbst danach gefragt, wie es ihnen mit ihrer Beeinträchtigung geht. Da auch ich nicht wiedergeben kann, welche Gefühle, Offenheit und Ehrlichkeit mir die Kinder in Bezug auf ihre Krebserkrankung in meiner Untersuchung entgegengebracht haben, ist es am besten, die Kinder selbst zu Wort kommen zu lassen. Ein Interviewausschnitt mit einem krebskranken Kind meiner Fallgruppe soll verdeutlichen, was in diesen Kindern vorgeht und welche Wünsche sie an die Öffentlichkeit haben:

„Man sieht einmal, wie sich auch andere Menschen fühlen. Auf die Frage „Wie würdest du dich fühlen, wenn du irgendeine Behinderung oder so hättest?“ geben die meisten irgendwelche dummen Antworten und sehen dies als Spaß an, aber es kann jeden treffen. Es könnte jetzt auch durch einen blöden Zufall sein, dass jetzt jemand blind wird oder so und dann müssten sie einmal sehen, wie das ist. Es ist halt eben das Schlimme, dass man es erst durch eigene Erfahrungen lernen kann als Kind. Weil als Erwachsener lernt man es dann eh, wenn man halt den Beruf als Arzt oder so dann lernt man den Kontakt damit. Aber als Kind ist es eigentlich das Beste, wenn man Kontakt damit haben möchte, kann man es am besten einordnen, wenn man selber mal so was in der Art hatte, dann weiß man wie blöd das Gefühl ist, wenn du jetzt weißt, du könntest jeden Moment operiert werden und drei Wochen vor Weihnachten es heißt, ich muss eine Notoperation machen, oder muss zu Weihnachten hier bleiben. Fühlt auch nicht jeder, weil da sieht man mal, wie wichtig es ist, wenn man zuhause ist. Die meisten Kinder ist es ja eigentlich egal ob man jetzt bei seinen Eltern ist oder können sich das halt nicht vorstellen, wie das ist zu Weihnachten nicht zuhause sein zu können. Wünschen würde ich es ihnen nicht, aber ich möchte gern mal wissen, wie sie darauf reagieren würden, wenn sie das selber mal von heute auf morgen haben. Wünschen würd ich das auf keine Fall irgendjemandem. Jeder hat ein Leben verdient, mit dem er glücklich ist, das darf so etwas ein glückliches Leben nicht zerstören. Weil das bringt halt jetzt, wenn man von heute auf morgen eine Krankheit hat, bringt das

halt schon den ganzen Ablauf durcheinander; als wenn man weiß, mein Gott, man hat ein Cut oder so. Ich mein, ein Loch im Kopf, das verändert zwar nur ein Monat oder so, aber sieht man auch einmal, dass man, wenn man eine Krankheit hat, nicht schwimmen darf so richtig, nicht wirklich Sport betreiben darf, wenn man schwitzt, weil das geht ja alles dann da hinein und dann könnte sich das entzünden. Vorstellen kann man sich das erst richtig, wenn man es einmal selber erlebt hat oder wenn man das halt ganz genau studiert oder so, wie man sich da fühlt (...)“

Ich begann zu schmunzeln und sagte: „Deswegen mach ich das auch mit euch, damit man weiß, wie es euch geht dabei. Das ihr einmal die Chance habt darüber zu reden.“

Darauf antwortete das Kind: „Ja ich weiß. Teilweise geht's mir auch besser, wenn ich drüber rede. Dann bin ich's los und kann wieder einige Zeit halt ganz normal sein. Irgendwann holt mich dann wieder alles ein, ist dann wieder mühevoll, das alles wieder runter zu kriegen, aber es geht. Wie man sieht, ich bin 11 Jahre alt und hab's noch immer damit geschafft.“

In diesem Sinne möchte ich mich bei allen
krebskranken Kindern meiner Fallgruppe bedanken,
dass sie sich bereit erklärt haben, in meiner Studie mitzumachen
und mir diesen Einblick in ihr Leben ermöglichten,
den ich nie vergessen werde.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Einleitung..... | 1 |
| 1 Theoretische Aspekte des Selbstkonzeptes..... | 4 |
| 1.1 Begriffsbestimmung | 5 |
| 1.2 Aufbau des Selbstkonzeptes..... | 9 |
| 1.3 Strukturierung von Selbstkonzepten | 13 |
| 1.3.1 Eindimensionale Modelle..... | 13 |
| 1.3.2 Multidimensionale Modelle..... | 14 |
| 1.3.2.1 Netzwerkartige Struktur von Teilkonzepten..... | 15 |
| 1.3.2.2 Differenzierung in zentrale und periphere Selbstkonzeptbereiche | 15 |
| 1.3.2.3 Hierarchische Selbstkonzeptstruktur | 16 |
| 2 Entwicklung von Selbstkonzepten..... | 20 |
| 2.1 Kleinkindalter und frühe Kindheit | 20 |
| 2.1.1 Das Phasenmodell von Daniel Stern..... | 21 |
| 2.1.1.1 Das auftauchende Selbst | 21 |
| 2.1.1.2 Das Kernempfindungsselbst | 21 |
| 2.1.1.3 Das subjektive Selbstempfinden | 22 |
| 2.1.1.4 Das verbale Selbst | 22 |
| 2.1.2 Phasen kindlicher Selbstentwicklung nach Sigrun-Heide Filipp | 23 |
| 2.1.2.1 Erste Phase | 23 |
| 2.1.2.2 Zweite Phase | 23 |
| 2.1.2.3 Dritte Phase | 24 |
| 2.1.2.4 Vierte Phase | 24 |
| 2.2 Mittlere und späte Kindheit | 26 |
| 2.2.1 Kognitive Entwicklungsstadien des Kindes nach Piaget..... | 28 |
| 2.2.1.1 Sensomotorisches Stadium..... | 29 |
| 2.2.1.2 Präoperationales Stadium..... | 29 |
| 2.2.1.3 Konkret-operationales Stadium | 30 |
| 2.2.1.4 Formal-operationales Stadium | 30 |
| 2.2.2 Das Modell von Harter..... | 31 |
| 2.2.2.1 Stadium 1 (einfache Beschreibungen)..... | 31 |
| 2.2.2.2 Stadium 2 (Trait-Begriffe)..... | 32 |
| 2.2.2.3 Stadium 3 (einfache Abstraktionen)..... | 32 |
| 2.2.2.4 Stadium 4 (Abstraktionssysteme)..... | 33 |
| 2.2.3 Das Modell von Damon und Hart..... | 34 |
| 2.3 Frühe und späte Adoleszenz | 37 |
| 3 Stabilität und Veränderung in Selbstkonzepten..... | 42 |
| 3.1 Stabilität von Selbstkonzepten..... | 42 |
| 3.2 Veränderungen von Selbstkonzepten..... | 46 |
| 3.2.1 Entwicklungsbedingte Selbstkonzeptveränderungen..... | 47 |
| 3.2.2 Selbstkonzeptveränderungen aufgrund anderer Determinanten..... | 47 |
| 4 Die Relevanz der Erforschung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder für die Bildungswissenschaften..... | 50 |
| 4.1 „Kranksein“ als ein pädagogisch würdiges Problem..... | 50 |
| 4.2 Die Selbstkonzeptforschung in der Heilpädagogik..... | 55 |

| | |
|---|-----|
| 4.3 „Heilpädagogisches Handeln“ zur Stärkung des Selbst | 59 |
| 5 Untersuchung zum Selbstkonzept krebskranker Kinder | 63 |
| 5.1 Forschungsfrage und Zielsetzung..... | 63 |
| 5.2 Methodische Vorüberlegungen..... | 64 |
| 5.3 Theoretische Grundgedanken..... | 66 |
| 5.4 Vom Forschungsstand abgeleitete theoretische Vorannahmen | 69 |
| 5.4.1 Theoretische Vorannahmen über das Körper-Selbstkonzept krebskranker Kinder..... | 70 |
| 5.4.2 Theoretische Vorannahmen über das Fähigkeitsselbstkonzept krebskranker Kinder..... | 72 |
| 5.4.3 Theoretische Vorannahmen über die Wirkung heilpädagogischen Handelns auf das Selbstkonzept krebskranker Kinder..... | 73 |
| 5.5 Forschungsdesign..... | 74 |
| 5.5.1 Fallgruppe und Rahmenbedingungen der Untersuchung..... | 74 |
| 5.5.2 Darstellung der Untersuchungsverfahren für die Datenerhebung..... | 78 |
| 5.5.2.1 Die schriftliche Befragung..... | 80 |
| 5.5.2.2 Die Harterskalen..... | 82 |
| 5.5.2.3 Arbeitsprodukte | 86 |
| 5.5.2.4 Das problemzentrierte Interview | 87 |
| 5.5.2.5 Beobachtungen | 89 |
| 5.5.3 Untersuchungsplan für die Erfassung von Selbstkonzeptdaten krebskranker Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren..... | 90 |
| 5.6 Darstellung der Auswertungsmethoden..... | 93 |
| 5.6.1 Die qualitative Inhaltsanalyse – Auswertung der Interviews..... | 94 |
| 5.6.1.1 Das thematische Kodieren der Daten..... | 95 |
| 5.6.1.2 Die Verarbeitung der Daten..... | 100 |
| 5.6.1.3 Die Explikation durch weiteres Datenmaterial..... | 100 |
| 5.6.1.3.1 Deskription der Arbeitsprodukte..... | 101 |
| 5.6.1.3.2 Auswertung der Harterskalen und Adjektivlisten | 105 |
| 5.6.1.3.3 Teilnehmende Beobachtungen..... | 105 |
| 5.7 Methodenkritische Anmerkungen..... | 106 |
| 6 Ergebnisse der Untersuchung | 108 |
| 6.1 Darstellung der Einzelfallanalysen..... | 108 |
| 6.2 Darstellung der Ergebnisse im Vergleich zu gesunden Kindern | 125 |
| 6.3 Versuch einer ersten Typenbildung krebskranker Kinder | 132 |
| 7 Diskussion und Forschungsausblick | 135 |
| 7.1 Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse..... | 135 |
| 7.2 Heilpädagogische Reflexion der Ergebnisse | 137 |
| 7.2.1 Heilpädagogische Forschungsansätze..... | 138 |
| 7.2.2 Der Heilstättenunterricht..... | 140 |
| 7.2.3 Weitere Überlegungen | 142 |
| 7.3 Fazit..... | 143 |
| 8 Zusammenfassung | 145 |
| Abstract | 147 |
| Literaturverzeichnis..... | 149 |
| ANHANG..... | 157 |

Einleitung

Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Kinder und Jugendlichen müssen oft ein Leben lang mit den Auswirkungen dieser Krankheiten leben, wodurch es für PädagogInnen notwendig wird, sich mit diesem Thema innerhalb der Bildungswissenschaften auseinanderzusetzen. (Blanz 1996, 34) Krebskranke Kinder gehören zu jener PatientInnengruppe chronischer Erkrankungen, die außerhalb des Krankenhauses am meisten wahrgenommen werden, da häufig eine Vorstellung darüber vorhanden ist, wie diese Kinder aussehen und welches Leid sie erdulden müssen. Trotzdem wird das wahre Ausmaß der Krankheit und die spezielle Situation, in der sich diese Kinder befinden, meist nicht erkannt. (Städtler-Mach 1998, 60)

Selbstkonzeptforschungen können als Teilbereiche der subjektiven Theorien gesehen werden (Marsal 1995, 9). Das Selbstkonzept umfasst dabei jenen Bereich, der alle selbstbezogenen Kognitionen einer Person einschließt. Solche Theorien sind wichtig, da Vorstellungen, die Menschen über sich selbst entwickeln (Selbstkonzepte), bedeutenden Einfluss auf die Handlungsfähigkeit der Menschen ausüben (Laskowski 2000, 8f). Während in einigen geisteswissenschaftlichen Disziplinen, wie Philosophie, Psychologie und Soziologie, die Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept von Menschen innerhalb der Forschung bereits ein wichtiger Bestandteil ist, besteht innerhalb der Bildungswissenschaften, speziell in der Heil- und Integrativen Pädagogik, ein großer Nachholbedarf. (Filipp 1984, 9; Schuppener 2005, 11) Selbstkonzeptforschungen im heilpädagogischen Bereich haben jedoch insofern Bedeutung, da die Bezugsgruppen oft nicht die Möglichkeit haben, sich über sich selbst zu äußern. Sichtweisen behinderter oder auch kranker Menschen über sich selbst könnten Aufschluss darüber geben, warum sich diese Menschen auf eine bestimmte Art und Weise verhalten und handeln und so veränderte Umgangsmöglichkeiten mit ihnen eröffnen. (Hofmann 2001, 319)

Neue Strömungen in der bildungswissenschaftlichen Literatur zeigen, dass „'Kranksein' junger Menschen als ein der pädagogischen Betrachtung würdiges Problem erkannt“ (Ertle 2003, 326) wurde. „Krankheit als eine neue Situation, mit der ein Kind zurecht kommen muss, ... stellen potenzielle Einflussgrößen für Erziehung und Bildung dar. Hier hat der Pädagoge die Möglichkeit, unterstützend einzugreifen.“ (Leyendecker, Lammers 2001, 15)

Die Krankenpädagogik hat dabei nicht nur einen Bildungsauftrag, sondern dient auch der Unterstützung, der Rehabilitation und der Reintegration kranker Kinder, sodass deren Situation während und auch nach dem Krankenhausaufenthalt verbessert werden kann (Lange 1992, 41; Leyendecker, Lammers 2001, 15). Untersuchungen über das Selbstkonzept krebskranker Kinder könnten wesentliche Informationen für den Umgang mit diesen Kindern in der heilpädagogischen Betreuung liefern. Städtler-Mach (1998, 62) betont, dass die subjektive Sicht der Kinder innerhalb der Forschung meist vergessen wird, stattdessen werden Theorien über diese erstellt, die auf Annahmen und Hypothesen der ForscherInnen beruhen. Daher soll in dieser Arbeit die Selbstsicht krebskranker Kinder hinsichtlich eigener Fähigkeiten, Vorstellungen und Einstellungen sich selbst und ihrer Krankheit gegenüber transparent gemacht und aus bildungswissenschaftlicher Perspektive thematisiert werden.

Um die Forschungsfrage: „*Welchen Einfluss nimmt die Krebserkrankung auf das Selbstkonzept des Kindes und inwiefern kann heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst des erkrankten Kindes beitragen?*“ beantworten zu können, wird im ersten Kapitel dieser Arbeit eine grundlegende Einführung in die Thematik und eine Darstellung der Theorie des Selbstkonzeptes angestrebt, weshalb sich dieses Kapitel vor allem der Begriffsklärung, dem Aufbau und der Struktur des Selbstkonzeptes widmet. Dabei wird vor allem auf bildungswissenschaftliche und heilpädagogische Begriffsbestimmungen des „Selbstkonzeptes“ eingegangen, um in einem weiteren Schritt mögliche Definitionen davon abzuleiten. In Kapitel 1.2 wird auf prägende Autoren in der Selbstkonzeptforschung wie William James (1890), Charles Horton Cooley (1902) und George Herbert Mead (1934) Bezug genommen, die den Aufbau des Selbstkonzeptes zu klären versuchten. Darauf folgend wird Epsteins kognitive Persönlichkeitstheorie dargestellt, die eine erste mehrdimensionale Konzeptualisierung des Selbstkonzeptes postuliert, das Shavelson, Hubner und Stanton in ihrem hierarchischen Selbstkonzeptmodell noch konkretisieren. Dies ist wesentlich für die Erforschung spezifischer Selbstkonzeptbereiche und dient somit dem Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit.

In Kapitel 2 wird die Entwicklung des Selbstkonzeptes in den drei Altersphasen „Kleinkindalter und frühe Kindheit“ (Kapitel 2.1.), „mittlere und späte Kindheit“ (Kapitel 2.2.) und „frühe und späte Adoleszenz“ (Kapitel 2.3.) beschrieben, um inhaltliche Selbstkonzeptaspekte für die Untersuchung dieser Diplomarbeit heraus filtern zu können. Vor allem das Unterkapitel 2.2. ist für diese Diplomarbeit essentiell, da es sich bei der Fallgruppe der vorliegenden Forschungsarbeit um Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren handelt und daher

für das Verständnis, für die Formulierung von Vorannahmen und für die Auswertung der Studie wichtig ist, das Selbstkonzept in der „späten Kindheit“ und „frühen Adoleszenz“ genauer zu betrachten, wo die Fallgruppe einzuordnen ist.

Da in dieser Studie geklärt werden soll, wie eine lebensbedrohliche Krankheit das Selbstkonzept beeinflussen kann, wird dieses Thema in Kapitel 3 behandelt. Es wird aufgezeigt, inwiefern eine Person über ein „stabiles Selbst“ verfügt und durch welche Bedingungen es zu Selbstkonzeptveränderungen kommen kann. Vor allem wird darauf eingegangen, wie so genannte „kritische Lebensereignisse“ (z.B. eine Krankheit) das Selbstkonzept verändern könnten, um so Rückschlüsse für die vorliegende Forschungsarbeit abzuleiten.

Im Kapitel 4 wird ausführlich erläutert, warum die Untersuchung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder bildungswissenschaftliche Relevanz hat. Hierfür wird im ersten Unterkapitel zum Forschungsprogramm der „subjektiven Theorien“ hingeführt, in die Selbstkonzeptforschungen eingeordnet werden können. Subjektiven Theorien werden in den Bildungswissenschaften immer mehr Bedeutung zugesprochen, da sie Aufschluss darüber geben können, wie und warum Menschen auf eine gewisse Art und Weise handeln. Im Kapitel 4.2. wird auf den aktuellen Forschungsstand bezüglich Selbstkonzeptforschung in der Heilpädagogik eingegangen und dargestellt, warum sich diese Arbeit im heilpädagogischen Bereich verortet, sodass im Kapitel 4.3. darauf eingegangen wird, inwiefern heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst krebskranker Kinder beitragen könnte.

Das 5. Kapitel stellt den Forschungsteil dieser Arbeit dar, welcher in drei Komplexe eingeteilt werden kann: in den ersten vier Unterkapiteln werden die Forschungsfrage und vorausgegangene Überlegungen für die Untersuchung (methodische, theoretische und Vorannahmen über die untersuchten Teilbereiche des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder) formuliert. Danach wird auf das Forschungsdesign (Fallgruppe, Rahmenbedingungen) samt Darstellung der angewandten Erhebungsmethoden und auf den durchgeführten Untersuchungsplan eingegangen, woran Kapitel 5.6. anschließt, indem die Auswertungsmethoden aufgezeigt werden. Zuletzt werden noch methodenkritische Anmerkungen über die durchgeführte Selbstkonzeptforschung angeführt (Kapitel 5.7.).

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt und an die heilpädagogische Theorie rückgebunden. Weiters wird die der Arbeit zu Grunde liegende Forschungsfrage beantwortet und die Ergebnisse diskutiert, um einen wissenschaftlichen Forschungsausblick geben zu können (Kapitel 7).

1 Theoretische Aspekte des Selbstkonzeptes

Die Fragen „Wer bin ich“, „Was bin ich“ oder „Wie bin ich“ beschäftigen die Menschen seit eh und je. Die Auseinandersetzung damit, was jemand nach außen hin darstellt und innerlich wirklich ist bzw. welchen Einfluss die Umwelt auf die Persönlichkeitsentwicklung nimmt, hat eine lange Tradition. Schon Aristoteles im antiken Griechenland setzte sich mit den körperlichen und seelischen Merkmalen eines Menschen auseinander. Jahrhunderte später betont René Descartes („cogito ergo sum“) mit seiner Subjekt-Philosophie den denkenden Menschen, der in der Lage ist, über sich selbst nachzudenken und sein Handeln und Verhalten zu reflektieren. (Mummendey 2006, 26) Die ersten Überlegungen über das „Selbst eines Menschen“ gehen weit zurück und bis heute wird versucht, Theorien, Methoden und Konstrukte darüber zu entwickeln, um Antworten auf die Frage „Wer oder Was bin ich?“ zu finden. Im Folgenden wird ein Überblick über einige aktuelle und relevante Ansätze und Theorien der Selbstkonzeptforschung gegeben.

In einigen geisteswissenschaftlichen Disziplinen (Philosophie, Psychologie, Soziologie) ist die Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept von Menschen bereits ein wichtiger Bestandteil geworden. Dabei wurden immer wieder unterschiedliche Fragestellungen bezogen auf das „Selbst einer Person“ thematisiert und zum Forschungsgegenstand gemacht. (Filipp 1984, 9) Der wissenschaftliche Wert in der Erforschung solcher Selbstschemata liegt darin, dass Verhaltensvorhersagen bzw. -erklärungen nicht mehr explizit nur durch die objektive Beschreibung von Individuen erklärbar sind, sondern nun auch die individuellen Sichtweisen der Person selbst, z.B. was diese über sich denkt und berichtet, miteinbezogen werden (Filipp 1978, 112). Vorläufer dieser Forschungstradition sind vor allem Autoren wie William James (1890), Charles Horton Cooley (1902) und George Herbert Mead (1934), die die gegenwärtige empirische Selbstkonzeptforschung geprägt haben und in dieser Arbeit noch näher behandelt werden (Mummendey 2006, 27).

Der Großteil an Literatur zu Selbstkonzeptforschungen findet sich in der Psychologie und Philosophie. Vor allem im psychologischen Forschungsbereich werden immer wieder Studien über das Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein und den Zusammenhang von Selbstkonzept und psychischen Problemen von Menschen betrieben. In den

Bildungswissenschaften ist erst in den letzten Jahren eine Hinwendung zu diesem Forschungsgebiet erkennbar, sodass die Selbstkonzeptforschung hier noch am Anfang steht. Selbstkonzeptstudien im bildungswissenschaftlichen Bereich können zum Beispiel relevant sein, um menschliches Verhalten und Handeln erklärbar zu machen und Motive, die hinter Handlungsweisen stehen, transparent zu machen, worauf in Kapitel 4 noch ausführlich eingegangen wird.

Um das Selbstkonzept eines Menschen beschreiben zu können, ist der/die Forscher/in auf individuelle Sichtweisen, die z.B. durch verbale Aussagen erfasst werden können, angewiesen. Dies führt vor allem im heilpädagogischen und integrativen Bereich zu Schwierigkeiten, da häufig geeignete Untersuchungsinstrumente für Menschen mit speziellen Bedürfnissen und besonderen Lebensumständen fehlen, sodass die Selbstkonzeptforschung in diesem Gebiet noch große Lücken aufweist. (Filipp 1984, 9; Schuppener 2005, 11)

Mit dieser Arbeit soll daher ein Beitrag für den Wissensbestand im deutschsprachigen heilpädagogischen Bereich geliefert werden, in dem die Selbstkonzeptforschung noch großen Nachholbedarf aufweist. Doch bevor auf Studien und Erkenntnisse eingegangen werden kann, ist eine Einführung in die Thematik und eine Darstellung der Theorie des Selbstkonzeptes notwendig. Im folgenden Kapitel wird daher das Konstrukt „Selbstkonzept“ erläutert und der Aufbau sowie die Struktur des Selbstkonzeptes beschrieben.

1.1 Begriffsbestimmung

Bevor der Aufbau und die Struktur des Selbstkonzeptes aufgezeigt werden kann, ist der Begriff „Selbstkonzept“ zu erklären, da dessen Verständnis zentral für diese Arbeit und die anknüpfende Forschungsarbeit ist.

Die aktuelle Selbstkonzeptforschung zeichnet sich durch eine Vielfalt an Begriffsbestimmungen und differenzierter Modelle aus, wodurch es schwierig ist, den Begriff „Selbstkonzept“ zu definieren. Häufig wird dieser synonym mit diversen anderen Begriffen, wie Selbsteinschätzung, Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen etc. verwendet. (Schuppener 2005, 65) Zum Verständnis der vorliegenden Arbeit wird dennoch versucht, den Selbstkonzeptbegriff zu konkretisieren und ihn von anderen Bezeichnungen abzugrenzen.

Je nach wissenschaftlicher Ausrichtung gibt es unterschiedliche Argumentationen, wie das „Selbst“ entsteht und durch welche Faktoren die Selbstkonzeptentwicklung beeinflusst wird. In den unterschiedlichsten Lexika (Schüler-Duden Die Psychologie; Lexikon zur Soziologie; Wörterbuch Pädagogik) wird das „Selbst“ eines Menschen als Bild verstanden, das jemand von sich hat, einschließlich der Wertung (Gefühle, Einstellungen) gegenüber sich selbst und wie er meint, dass er von anderen gesehen wird (Fuchs-Heinritz et al. 1994; Hillig 1996; Schaub, Zenke 2002)

In der Pädagogik wird unter Selbstkonzept jenes innere Bild verstanden, über das jeder Mensch von sich und seinen Beziehungen zur Umwelt verfügt. Dieses so genannte „Selbstbild“ ist das Ergebnis der laufenden Verarbeitung bisheriger Selbsterfahrungen. Es weist eine gewisse Ordnung auf, die auf diesen persönlichen Beurteilungen der Erfahrungen mit sich selbst und der Umwelt beruhen. (Schaub, Zenke 2002, 503) Demnach werden Informationen, die das Individuum erhält, in einem System (Selbstkonzept) geordnet. Auch Epstein (1984, 42) spricht von einer Selbsttheorie, welche kombiniert mit einer Welttheorie, zur Realitätstheorie (Theorie von der Wirklichkeit) zusammengefasst wird. Diese braucht der Mensch, um der Welt Sinn zu verleihen, worauf im Kapitel 1.2 noch näher eingegangen wird. Epsteins Theorie von der Wirklichkeit, die aus den Subtheorien von „Selbst“ und „Umwelt“ besteht, kann als Identität eines Menschen verstanden werden (Eggert, Reichenbach und Bode 2003, 17).

Der Begriff der „Identität“ taucht in der Literatur immer wieder in Verbindung mit dem Selbstkonzept auf. Viele Autoren versuchen diese beiden Begriffe voneinander abzugrenzen, wobei nach Mummendey (2006, 85) jedoch kaum Unterschiede zwischen ihnen bestehen. Es kann sowohl von sozialer Identität, religiöser Identität, politischer Identität gesprochen werden, als auch von einem sozialen Selbstkonzept, einem religiösen Selbstkonzept als auch von einem politischen Selbstkonzept. Beide Varianten beziehen sich darauf, dass der Mensch in unterschiedlichen Situationen verschiedene Rollen einnimmt. Trotzdem besitzt der Mensch einen über die Zeit hinweg relativ stabilen Kern seiner eigenen Persönlichkeit, den einige Autoren (Epstein 1984; Eggert, Reichenbach und Bode 2003) bevorzugt als „Identität“ bezeichnen. Unter „Identität“ wird in den Bildungswissenschaften die „innere Gewissheit des Subjekts, dass es trotz wechselnder Lebenssituationen und -phasen und immer neuer Orientierungen in der Außenwelt ein und dieselbe Person bleibt“ (Schaub und Zenke 2002, 265), verstanden. Abhängig ist die

Identität eines Menschen von dessen Interaktionsprozessen mit seiner sozialen Umgebung. So auch Schuppener (2005, 62), nach der sich die eigene Identität aus der Reflexion über sich selbst und seine Umwelt entwickelt. Die Findung der eigenen Identität stellt nach Bundschuh (2007, 131) ein zentrales pädagogisches Anliegen dar. Das Ziel und der Prozess der Identitätsentwicklung gehören sowohl zum theoretischen als auch zum praktischen Gegenstand pädagogischen und heilpädagogischen Handelns, da „pädagogisches Handeln praktisch zu jedem Zeitpunkt Probleme der Identitätsentfaltung – in intensiverem Maße bei Menschen mit Behinderungen - aktualisiert“ (Bundschuh 2007, 131). Dabei betont Bundschuh, dass für die Identitätsfindung vor allem die Stärkung des Selbstkonzeptes wichtig sei, die dadurch erreicht werden kann, wenn in der sozialen Interaktion identitätsfördernde Signale durch andere gespiegelt werden. Im pädagogischen Handlungsfeld kann dies durch das Entgegenbringen von Wertschätzung, Annahme und Echtheit gefördert werden. In einem derartigen Interaktionsfeld kann sich das Individuum mit den erlebten Beurteilungen der anderen und mit seinen eigenen Zuschreibungen auseinandersetzen, um so seine Handlungsmuster zu formulieren und sein Selbstbild zu konstruieren. (a.a.O.)

Die eben angeführten bildungswissenschaftlichen Definitionen über das „Selbst“ eines Menschen machen deutlich, dass das Selbstkonzept durch die Aufnahme verschiedener Informationen über die eigene Person gebildet wird. Schon Filipp (1984, 131) betont, dass der „Mensch als informationsverarbeitendes System“ zu betrachten sei, der sein ganzes Leben lang Informationen über sich selbst erhält. Quellen der Informationserhaltung sind Interaktionen mit der Umwelt, die Reflexion des eigenen Verhaltens und Handelns und die Fähigkeit des Menschen, sich selbst zum Objekt der eigenen Beobachtung machen zu können, wodurch sich die Person ein Bild von sich selbst konstruieren kann, worauf in Kapitel 1.2 noch näher eingegangen wird. (Filipp 1984; Hoberg 1994)

Mummendey (2000, 20f) definiert das Selbstkonzept in einem „weiteren“ und einem „engeren Sinn“. Ersteres umfasst, ebenso wie bei Filipp (1984), alle selbstbezogenen Kognitionen und Emotionen, die sich auf die eigene Person richten, sowie auch deren Verhaltensweisen, die der Selbstkonzeptualisierung dienen. Unter Selbstkonzept im „engeren Sinn“ versteht er die „*Einstellungen zur eigenen Person*“ (Mummendey 2000, 21; Hervorhebung im Original). Diese Sichtweise schließt sowohl kognitive, affektive als auch konative Prozesse mit ein: eine Person nimmt sich in einer bestimmten Weise wahr,

bewertet sich auch (z.B. ihre Fähigkeiten) und leitet davon Intentionen/Motive für die Zukunft ab. Die Ergebnisse dieser Prozesse fasst Mummendey (2006, 38) unter dem Begriff „Einstellungen“ zusammen, die im Laufe des Lebens in verschiedenen Situationen erworben werden und eine gewisse Konstanz aufweisen. Werden diese Einstellungen bezogen auf die eigene Person nun zu einem allumfassenden Konzept zusammengeführt, so kann das Selbstkonzept eines Individuums als „*die Gesamtheit (die Summe, das Ganze, der Inbegriff usw.) der Einstellungen zur eigenen Person*“ (Mummendey 2006, 38; Hervorhebung im Original) bezeichnet werden. Diese Selbstbeurteilungen schließen also mit ein, wie man sich wahrnimmt, wie man über sich denkt, wie man sich bewertet und was man sein will bzw. vorhat zu sein (a.a.O.).

Die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen des Selbstkonzeptes lassen Gemeinsamkeiten erkennen und sollen daher noch einmal kurz zusammengefasst werden. So versteht Filipp (1980; 1984) das Selbstkonzept als kognitive Repräsentation der eigenen Person. Mummendey (2000; 2006) bezeichnet das Selbstkonzept als Einstellungen gegenüber der eigenen Person und schließt damit nicht nur die kognitive, wie Filipp, sondern auch die affektive und die konative Komponente mit ein. Jedoch in beiden Fällen ist das Wissen über die eigene Person ein Produkt der Erfahrungen bzw. der menschlichen Informationsverarbeitung. Viele Arbeiten des späten 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts (Pior 1998; Prücher 2002) beziehen sich vorwiegend auf die kognitive Repräsentation des Selbst, also wie sich die Person selbst wahrnimmt, wie sie sich definiert, welche Merkmale sie sich zuschreibt und wie sie sich darstellt.

In der vorliegenden Arbeit wurde ebenfalls verstärkt die kognitive Repräsentation des Selbst krebskranker Kinder fokussiert, also wie sich diese Kinder beschreiben, darstellen und definieren. Hierfür gab es mehrere Gründe, die kurz erläutert werden. Da es sich um Kinder handelte, die sich verbal vielleicht nicht so ausdrücken können wie z.B. Erwachsene, wurden die Erhebungsmethoden der vorliegenden Untersuchung kindgemäß gestaltet. So wurde mit graphischen Darstellungen als Verständigungshilfe, Kinderzeichnungen etc. gearbeitet. Dadurch konnte die kognitive Repräsentation des Selbst dieser Kinder sehr gut transparent gemacht werden. In den Untersuchungseinheiten mit den Kindern konnte zwar sehr wohl auch etwas über deren Selbstwert herausgefunden werden, da bei jeglicher Selbstpräsentation die Bewertung der eigenen Person (affektive Komponente) als auch Zukunftsvorstellungen (konative Komponente) mitschwingen und

somit ins Gesamtkonzept der krebskranken Kinder aufgenommen werden. Von einer expliziten Erhebung des Selbstwertes der Kinder der Fallgruppe wurde jedoch aufgrund persönlicher Bedenken abgesehen, da es sich um kranke Kinder handelte, die durch die Erkrankung schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind und in psychologischer Behandlung waren. Für eine tiefere Ergründung des Selbstwertes dieser Kinder wäre daher eine qualifizierte psychologische Herangehensweise nötig, die nicht leistbar gewesen wäre. Im nächsten Kapitel wird erläutert, wie die Einstellungen zur eigenen Person zu einem Gebilde zusammengeführt werden und somit der Aufbau des Selbstkonzeptes dargestellt.

1.2 Aufbau des Selbstkonzeptes

Es gibt unterschiedliche Sichtweisen, wie sich das „Selbst“ konstruiert. Wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, stellen einige Definitionsversuche kognitive Komponente wie die Selbstkenntnis, in den Vordergrund. Demnach nimmt eine Person sich selbst wahr, denkt über sich nach und entwickelt so ein Selbstbild. Kurz gesagt: sie kennt sich! (Eggert, Reichenbach und Bode 2003, 19; Schuppener 2005, 68) Andere AutorInnen (Shavelson, Cook, Rogers) wiederum betonen affektive, also bewertende Komponente wie die Selbstwertschätzung, die durch Umwelt- und Interaktionserfahrungen mit anderen Personen entsteht. Diese gibt an, in welchem Maß sich die Person selbst als wertvoll, wichtig oder bedeutsam ansieht (Eggert, Reichenbach und Bode 2003, 20; Schuppener 2005, 69). In den letzten Jahren kamen AutorInnen zu der Ansicht, dass beide Komponenten für das Selbstkonzept wesentlich sind. Mummendey nimmt dies auf und definiert das Selbst als *„die Gesamtheit (die Summe, das Ganze, der Inbegriff usw.) der Einstellungen zur eigenen Person“* (Mummendey 2006, 38; Hervorhebung im Original), wie bereits in Kapitel 1.1 erläutert wurde. Diese Selbstkonzeptdefinition beinhaltet die kognitive Komponente (wie man sich wahrnimmt und über sich denkt), als auch die affektive (Selbstbewertung) und konative Komponente (Ziele, Motivationen) (a.a.O.)

Anhand der verschiedenen Definitionen wird deutlich, dass das Selbstkonzept als Produkt der Verarbeitung selbstbezogener Kognitionen, wie Einstellungen, Beurteilungen und Gedanken über die eigene Person, verstanden wird, wodurch dessen Aufbau wesentlich mit der menschlichen Informationsverarbeitung zusammenhängt, worauf nun näher eingegangen wird.

Der Mensch sammelt im Laufe seines Lebens Informationen über sich selbst, wodurch Selbstkonzept über die eigene Person gebildet werden (Filipp 1984, 130). Dieser Prozess begleitet den Menschen ein Leben lang. **„Da ein Mensch immer neue Erfahrungen macht, die sein Selbst betreffen, kann die Entwicklung des Selbstkonzeptes nie abgeschlossen sein, sie ist ein lebenslanger Prozess“** (Eggert, Reichenbach und Bode 2003, 20; Hervorhebung im Original). Die Funktion von solchen Selbstkonzepten/Selbstbildern liegt darin, dass der Mensch in neuen Situationen auf bereits gemachte Erfahrungen zurückgreifen und davon Verhaltensweisen ableiten kann (Hoberg 1994, 45). Dadurch gelingt es ihm, Kontrolle sowohl über Ereignisse in seiner Umwelt, als auch über innere Zustände auszuüben. Selbsttheorien, wie sie Seymour Epstein nennt und worauf gleich noch eingegangen wird, befähigen den Menschen somit, Kontrollverlust zu vermeiden, wodurch deren fortlaufende Erweiterung angestrebt wird. (Filipp 1978, 113)

Indem das menschliche Gehirn gemachte Erfahrungen mit neuen verknüpft und wiederum Verbindungen zwischen den Verknüpfungen herstellt, entsteht ein organisiertes Konstruktsystem, das Ordnung in der Erfahrungswelt schafft. Seymour Epstein (1984, 42) versucht, dies in seinem „Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie“ darzulegen, indem er das Selbstkonzept als eine Theorie über die eigene Person (Selbsttheorie) sieht, welche sich, kombiniert mit einer Umwelttheorie (Theorie über die Außenwelt), zu einer Realitätstheorie (Theorie von der Wirklichkeit) ergänzt. Diese „Theorie von der Wirklichkeit“ benötigt der Mensch, um der Welt Sinn zu verleihen. Epstein vergleicht diesen Vorgang mit der Wissenschaft, die bemüht sei, Theorien zu schaffen, um Informationen zu verstehen und interpretieren zu können. So versuche auch der Mensch, seine Erfahrungen in konzeptuellen Systemen einzuordnen, indem er immer wieder unbewusst Hypothesen über sein Selbst, sein Tun, seine Absichten etc. aufstellt und diese überprüft. Diese Postulate, wie sie der Autor nennt, werden innerhalb der Selbsttheorie hierarchisch geordnet. Je höher ein Postulat steht, desto schwieriger wird es, dieses zu widerlegen, da eine Reihe niedriger Postulate mit betroffen ist und die Person von deren Gültigkeit überzeugt ist. (Epstein 1984, 15f) Um Epsteins Theorie zu verdeutlichen, soll ein Beispiel angeführt werden: Ein Postulat (Schlussfolgerung, Hypothese) niedriger Ordnung wäre „Das Kind kann gut rechnen“. Ist das Kind jetzt auch in anderen Schulfächern gut, kommt es zu einem Postulat höherer Ordnung „Ich bin ein guter Schüler“. Es ist erkennbar, dass mehrere Postulate niedriger Ordnung zu einem Postulat höherer Ordnung zusammengefasst werden. Vereinfacht gesagt, münden mehrere Schlussfolgerungen über

eine Person in einem Gesamtbild über die eigene Person (Selbstkonzept). Die Widerlegung eines Postulates höherer Ordnung führt zu deutlichen Konsequenzen für das Individuum, da somit eine Reihe Postulate unterer Ordnung (Meinungen über die eigene Person) verworfen werden muss. Es ist jedoch zu erwähnen, dass Postulate höherer Ordnung änderungsresistenter sind, da sie eine breite Verallgemeinerung vieler Schlussfolgerungen (Postulate) darstellen und somit „einer unmittelbaren Testung an der Realität nicht unterworfen [sind] und deshalb nicht so leicht entkräftet werden können“ (Epstein 1984, 16).

Der Aufbau der Selbsttheorie bzw. des Selbstkonzeptes vollzieht sich also solange, wie die Person Informationen über sich erhält (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 20). Dabei greift die Person auf einige Quellen zurück, die kurz erläutert werden.

Filipp (1984, 132) spricht davon, dass die Person einerseits Informationen aus der Interaktion mit anderen Personen durch so genannte Fremdzuschreibungen, also verbal, erhält. Andererseits betont die Autorin, dass Informationen anderer auch interpretativ, aus dem Verhalten dieser der Person gegenüber, erschlossen werden (Filipp 1984, 134). Der Soziologe Charles Horton Cooley beschäftigte sich bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Interaktion zwischen einem Subjekt und seinen Mitmenschen und damit, was eine Person über sich denkt und fühlt. In seiner Theorie über das Spiegelbild-Selbst (1902) erläutert er, wie Interaktionspartner dem Individuum gleichsam einen Spiegel vorhalten, wodurch es sein Selbstbild aus den Reaktionen anderer Personen ihm gegenüber erschließt. George Herbert Mead hat diese Theorie noch konkretisiert, indem er den Begriff der „signifikanten anderen“ eingeführt hat. (Mummendey 2006, 30f) Mead bezeichnet damit wichtige Interaktionspartner wie Eltern, Freunde etc., mit denen das Subjekt hauptsächlich interagiert und die ständig an der Ausformung und gelegentlichen Veränderung des Selbstbildes mitwirken (Mummendey 2006, 157). Indem das Kind Haltungen signifikanter anderer gespiegelt bekommt, konstruiert es sich ein Bild von sich selbst. Dabei können die Haltungen einer einzelnen Person oder einer gesamten gesellschaftlichen Gruppe übernommen werden. (Baldering 1993, 13f)

William James (1892) betont zusätzlich die Doppelseitigkeit des Subjekts. Er unterscheidet zum einen zwischen dem „I“, das Ich („Selbst als Subjekt“), dass etwas über sich weiß, aktiv beobachtet und Urteile abgibt. Zum anderen gibt es da noch das „Me“ („Selbst als Objekt“), das vom „I“ betrachtet und beobachtet wird, das Objekt, über das man etwas weiß

und demnach in etwa dem Spiegelbild-Ich von Cooley entspricht. „I“ und „Me“ zusammen bilden die Einheit des Selbst. (Pior 1998, 22; Mummendey 2006, 31)

Eine Person gewinnt ihre selbstbezogenen Informationen jedoch nicht nur aus Fremdbeurteilungen („signifikante Andere“), sondern auch durch Selbstzuweisungen (Filipp 1984, 135). Diese erhält sie vor allem durch die Fähigkeit, sich selbst zum Objekt der Beobachtung machen zu können, wie bereits William James in seiner Theorie über das „ME“ andeutet. Der Mensch beobachtet sein Verhalten, denkt über sich nach und bewertet sich. Meist geschieht dies unbewusst, es gibt jedoch auch Situationen, wo dies gezielt eingesetzt wird. So zeigt eine Studie von Duval und Wicklund (1972), dass die Selbstaufmerksamkeit steigt, wenn angekündigt wird, dass andere Personen das eigene Verhalten beobachten (Mummendey 2006, 118). Nach Bem (1984, 98) nimmt der Mensch sein eigenes Verhalten selbst wahr, wodurch ihm wichtige Informationen über die eigenen inneren Zustände geliefert werden. Freedman und Fraser (1966) verweisen in ihren Studien auf die Ursache-Wirkungs-Theorie (Attributionstheorie), nach der sich der Mensch Gedanken über seine Einstellungen macht und daraus Schlussfolgerungen für sein Verhalten zieht. (Mummendey 2006, 117)

Der Mensch wird ständig mit neuen Informationen überschüttet, wodurch das entstandene Selbstkonzept bestätigt oder erschüttert werden kann. Um es relativ stabil zu halten, entwickelt er daher gewisse Schutzmechanismen. So neigt der Mensch dazu, aus der Vielzahl an Informationen selektiv auszuwählen und nur jene wahrzunehmen, die ihm wichtig und vor allem bereits bekannt sind. Dadurch schützt er sich vor Unsicherheit. (Hoberg 1994, 55) Auch Epstein (1984, 21) spricht davon, dass sich der Mensch vor neuen Informationen verschließt und sich an bestimmte Verhaltensweisen klammert, um sein Selbstbild zu schützen. Dabei ist er vor allem daran interessiert ein möglichst genaues Bild von der eigenen Person zu gewinnen und dieses auch von anderen Personen bestätigt zu wissen („selektive Wahrnehmung“). So ergaben Studien, dass Personen mit günstigem Selbstbild möglichst günstige Informationen von anderen über sich selbst einholen wollen. Gleichzeitig bevorzugen Personen mit ungünstigen Selbstbildern ungünstige Rückmeldungen, indem sie sich bevorzugt Kritiken und Zurückweisungen aussetzen, um ihr entwickeltes Selbstbild nicht in Gefahr zu wissen (Mummendey 2006, 130f).

Werden die eben erläuterten Aspekte zum Aufbau des Selbstkonzeptes zusammengefasst, ist festzustellen, dass die Informationen, Einstellungen und Bewertungen über die eigene Person zu einem einigermaßen festen Gebilde/Konstrukt zusammengeführt werden, das alle Persönlichkeitseigenschaften beinhaltet. Zur differenzierten Erfassung dieses Konstruktes ist die Frage nach der Struktur des Selbstkonzeptes zu klären. Epsteins integrative kognitive Persönlichkeitstheorie stellt hierzu eine der wichtigsten Theorien in der Selbstkonzeptforschung dar, da sie „kompatibel ist mit Selbstkonzept-Theorien, psychoanalytischen Theorien, anderen kognitiven Theorien und verhaltenstheoretischen Ansätzen“ (Filipp 1984, 42). In seiner Hierarchie von Postulaten deutet er bereits darauf hin, dass Informationen und Einstellungen über sich selbst verschiedene Bereiche betreffen können wie den eigenen Körper, eigene Fähigkeiten, eigene Gefühle und das Verhalten der eigenen Person. Dadurch kommt die Frage auf, wie das Selbstkonzept strukturiert wird, also wie die einzelnen Selbstkonzeptbereiche miteinander verbunden sind, das auch für die Untersuchung der vorliegenden Arbeit zentrale Bedeutung hat und deshalb im folgenden Kapitel geklärt werden soll.

1.3 Strukturierung von Selbstkonzepten

Seit den frühen Anfängen der Selbstkonzeptforschung wurde immer wieder der Versuch unternommen, theoretische Vorstellungen über die Struktur des Selbst oder einzelner Strukturmerkmale zu entwickeln. Die vorangegangenen Definitionsversuche des „Selbstkonzeptes“ lassen erkennen, dass auch hinsichtlich dessen Struktur unterschiedliche Modelle nebeneinander stehen, die je nach Sichtweise des Forschers, unterschiedlich gegliedert werden.

1.3.1 Eindimensionale Modelle

Am Anfang der Selbstkonzeptforschung wurde das Selbstkonzept als eindimensionales Gebilde verstanden, bei dem alle Selbstkonzeptbereiche nebeneinander stehen und lediglich durch eine gemeinsame Dimension, dem allgemeinen (globalen) Selbstkonzept, zusammengefasst werden. So werden verschiedene Selbstkonzeptbereiche wie eigene schulische Fähigkeiten (F), soziale Fähigkeiten (S), emotionale Fähigkeiten (E) etc. durch einen gemeinsamen Faktor, wie im angeführten Bild gezeigt wird, erklärbar. (Mummendey 2006, 205f)

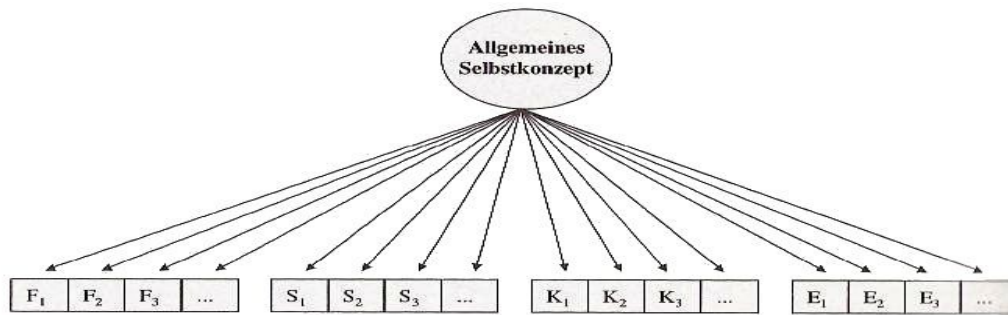


Bild (Mummendey 2006, 206)

Würden nun die einzelnen Selbstkonzeptmaße addiert werden, ergäbe sich das globale Maß des Selbstkonzeptes einer Person (Mummendey 2006, 205).

1.3.2 Multidimensionale Modelle

In der aktuelleren Selbstkonzeptforschung wird das Selbstkonzept differenzierter betrachtet und als ein System von Teilkonzepten verstanden, welche bereichsspezifisch unterschiedlich ausgeprägt sein können und das Gesamtselbstkonzept beeinflussen (Laskowski 2000, 16). Bei diesem Modell kommt ein Faktor höherer Ordnung (allgemeines Selbstkonzept) hinzu und umfasst multiple bereichsspezifische Selbstkonzepte, die als „getrennte, eigenständige Konstrukte aufgefasst werden können“ (Mummendey 2006, 207). Wie diese Teilbereiche unterteilt werden, ist von der theoretischen Perspektive des Forschers abhängig. Es können zum Beispiel leistungsbezogene versus nicht-leistungsbezogene Selbstkonzepte unterschieden werden, um Schulleistungen zu untersuchen. (Mummendey 2000, 24) Als weiterer Gliederungspunkt eignen sich auch soziale Rollen, die ein Individuum im Laufe seines Lebens einnimmt, so z.B. die Rolle als FreundIn, als PartnerIn, als Elternteil, als Sohn/Tochter etc., die im Laufe der Zeit internalisiert und somit zu festen Bestandteilen der Persönlichkeit werden (Selbstkonzept als FreundIn, Selbstkonzept als Mutter/Vater etc.). (Baldering 1993, 15)

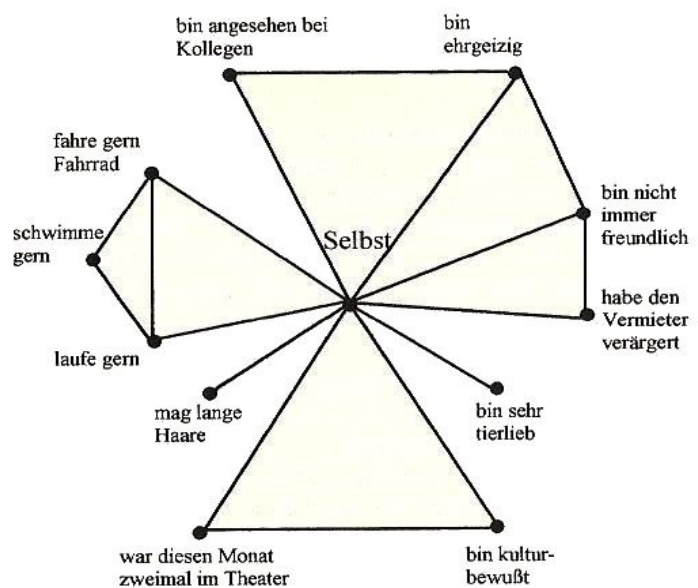
Als Vorreiter für ein multidimensionales Verständnis von Selbstkonzepten gilt William James, der von der Doppelseitigkeit des Selbst spricht (Baldering 1993, 6). Wie bereits erläutert, unterscheidet er zwischen dem „Selbst als Subjekt“ („I“), dem reflektierenden Teil der Person, das „rationale Ich“, das Meinungen und Urteile abgibt und dem „Selbst als Objekt“ („ME“), die zweite Instanz des Selbst, die alles beinhaltet, was vom „I“ betrachtet werden kann, wie z.B. den eigenen Körper, die eigenen Fähigkeiten, etc. (Baldering 1993,

3). Das „ME“ unterteilt James weiter in ein „Soziales Selbst“, ein „Geistiges Selbst“ und ein „Materielles Selbst“, wodurch erstmals ein Modell vorgestellt wurde, welches das Selbst als mehrdimensional konzeptualisiert (Mummendey 2006, 28). Zusätzlich wird hier deutlich, dass James von einer Art zentralem Kern (überdauernde Identität) ausgeht und zusätzliche spezifische Bereiche des „Selbst“ definiert, die situations- bzw. umweltabhängig sind (Mummendey 2006, 29).

Die Auffassung darüber, wie diese Teilkonzepte zusammenwirken, ist wesentlich für die Wahl der Forschungsmethoden für die Erfassung des Selbstkonzeptes. Mummendey (2000) stellt drei mögliche Modelle der Struktur des Selbstkonzeptes dar, auf die kurz eingegangen wird, um im Folgenden das für die Untersuchung dieser Arbeit gewählte Modell näher zu erläutern.

1.3.2.1 Netzwerkartige Struktur von Teilkonzepten

In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass Selbstkonzepte netzwerkartig strukturiert sind. Alle selbstbezogenen Informationen, die eine Person über sich hat, sind assoziativ miteinander verbunden, wodurch sich „ein Netzwerk von Kognitionen ergibt“ (Mummendey 2000, 24), in dessen Zentrum das Selbst steht.

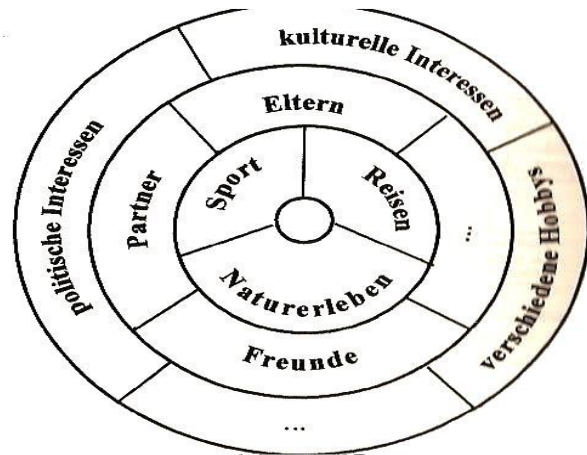


(Bild: Mummendey 2000, 25)

1.3.2.2 Differenzierung in zentrale und periphere Selbstkonzeptbereiche

Weiters kann das Selbstkonzept nach der Bedeutsamkeit der einzelnen Bereiche für die Person unterteilt werden. Mummendey (2000, 26) spricht von *zentralen* und *peripheren* Selbstkonzeptbereichen. Den Kern bildet wieder das Selbstkonzept, um den verschiedene Bereiche des Verhaltens und Erlebens, je nachdem, wie signifikant sie für die jeweilige Person sind, angeordnet werden.

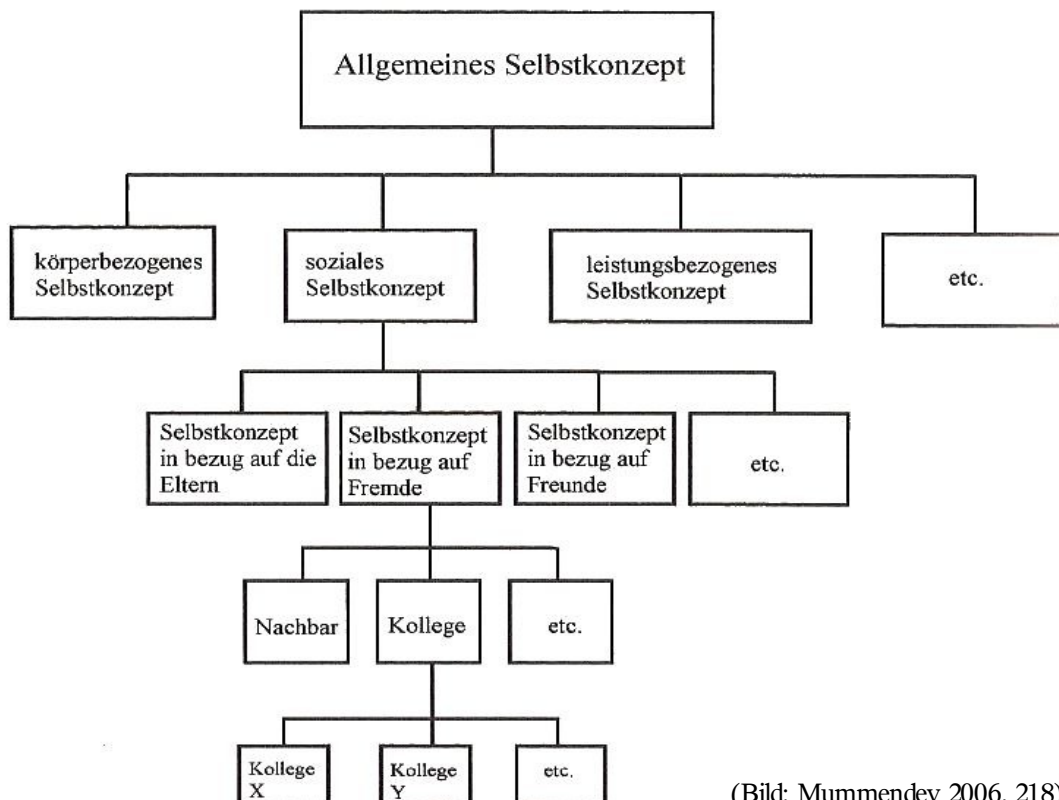
Die Abbildung zeigt ein Beispiel, wie ein „periphere Selbstkonzeptmodell“ einer Person aussehen könnte: Für diese Person sind der Sport und das Naturerleben sehr bedeutsam, dagegen nimmt die Politik eher eine unbedeutende Rolle im Leben dieser ein.



(Bild: Mummendey 2000, 27)

1.3.2.3 Hierarchische Selbstkonzeptstruktur

Das nach Mummendey (2000, 26) von den meisten AutorInnen favorisierte Modell zur Strukturierung von Selbstkonzepten, ist das *hierarchische*, bei dem die selbstbezogenen Kognitionen unter- bzw. übergeordnet werden. Das hierarchisch multidimensionale Modell zur Strukturierung von Selbstkonzepten geht auf Shavelson, Hubner und Stanton (1976) zurück, bei dem verschiedene bereichsspezifische Selbstkonzepte einem allgemeinen Selbstkonzept (globalen) untergeordnet werden. (Shavelson, Hubner und Stanton 1976, 413; Mummendey 2000, 27f)



(Bild: Mummendey 2006, 218)

Bereichsspezifische Selbstkonzeptbereiche können zum Beispiel ein körperbezogenes Selbstkonzept, ein soziales Selbstkonzept, ein leistungsbezogenes Selbstkonzept etc. sein, die sich selbst auch wieder differenzieren lassen. So lässt sich z.B. das leistungsbezogene Selbstkonzept untergliedern in Schulleistungen, künstlerische Leistungen oder sportliche Leistungen. (Mummendey 2000, 27) Es finden sich in der Literatur die unterschiedlichsten Einteilungen des Selbstkonzeptes in verschiedene Teilbereiche, die je nach AutorIn auch unterschiedlich benannt sind. Im Forschungsteil dieser Arbeit wird geklärt, welche Differenzierung und warum diese für die vorliegende Studie verwendet wurde (siehe Kapitel 5.3. „Theoretische Grundgedanken“)

Die hierarchische Struktur entsteht durch eine Über- bzw. Unterordnung der verschiedenen Bereiche innerhalb des allgemeinen Selbstkonzeptes. Shavelson, Hubner und Stanton (1979) gehen davon aus, dass in verschiedenen Situationen Verhaltensweisen gespeichert werden, die Schlussfolgerungen über die eigene Person zulassen. Hier ist eine Verbindung zu Epstein (1984) erkennbar, der ebenfalls von Postulaten (Schlussfolgerungen, Annahmen über das eigene Tun, Handeln etc.) unterer Ordnung spricht, die zu Postulaten höherer Ordnung zusammengefasst werden, wie bereits in Kapitel 1.2 erläutert wurde. Zum Beispiel schreibt ein Kind eine gute Deutschschularbeit und kommt zu dem Schluss, dass es gut in Deutsch ist. Wenn dieses Kind jetzt auch in anderen Schulfächern gute Leistungen erbringt, lassen sich mehrere Schlussfolgerung (Postulate unterer Ordnung) zusammenfassen und unter der allgemeinen Annahme „Ich bin gut in der Schule“ einordnen. Durch diese Einordnungen und Generalisierungen von Annahmen ergibt sich ein hierarchisch strukturiertes Gebilde. (Pior 1998, 17) Nach Epstein ist ein Selbstkonzept umso stabiler, je höher es in der Hierarchie steht. Das allgemeine Selbstkonzept nach Shavelson, Hubner und Stanton steht an der Spitze der Hierarchie und ist somit als relativ stabil anzusehen. Um dieses zu verändern, müssten mehrere darunter liegende bereichsspezifische Selbstkonzepte verändert/verworfen werden. Auch wenn es entwicklungsbedingte oder auch kulturelle Unterschiede zwischen Individuen gibt, wodurch sich die Darstellung der Differenzierung und Hierarchisierung womöglich verändern kann, wurden die wesentlichen Merkmale dieses Strukturmodells (Mehrdimensionalität und hierarchische Struktur) in empirischen Studien immer wieder bestätigt. (Mummendey 2006, 208)

Trotzdem stellt sich die Frage, in welcher Beziehung das allgemeine zu den bereichsspezifischen Selbstkonzepten steht. Bilden die untergeordneten spezifischen Selbstkonzepte die Grundlage für das allgemeine (Bottom-up-Modell)? Oder trifft ein Top-down-Modell zu, bei dem das globalste die darunter angesiedelten Selbstkonzepte bedingt? (Mummendey 2006, 208) Nach William James ergibt sich, ähnlich wie bei Epstein, eine Hierarchie der verschiedenen Selbstkonzeptbereiche aufgrund der Wichtigkeit dieser für das Individuum. So würde z.B. das körperliche Selbst am ehesten zurückgestellt, um das geistige Selbst zu erweitern. Shavelson, Hubner und Stanton (1976) meinen, dass die spezifischen Selbstkonzepte das allgemeine Selbstkonzept beeinflussen können, aber auch Modifikationen des allgemeinen Selbstkonzeptes wiederum Auswirkungen auf die spezifischen Selbstkonzepte haben (Mummendey 2006, 208f). Filipp und Brandstätter (1975) bestätigen mit ihrer Untersuchung an OberschülerInnen die Annahme von Shavelson, Hubner und Stanton. Die Untersuchung ergab, dass situationsspezifische Selbstmodelle mit dem generellen Selbstmodell korrelieren. Die Autoren schließen daher daraus, dass die Teilmodelle zum generellen Selbstmodell beitragen. (Filipp 1984, 184; Baldering 1993, 8) Hattie (2004) schlägt ein „rope model of self-concept“ vor. Das Selbstkonzept enthalte viele Teilbereiche unterschiedlicher und spezifischer Art z.B. Fähigkeiten, Selbstwirksamkeit etc., die einander überlappen und deren Bündelung einen Strang, nämlich das Selbstkonzept, bilden. Dieses Modell weise jedoch nach Mummendey noch zu viele operative und operationale Unklarheiten auf, als dass es als Strukturmodell angesehen werden könnte. (Mummendey 2006, 210f)

Wie dem auch sei, legten Shavelson, Hubner und Stanton (1976) ihr Modell „zum Zwecke pädagogisch-psychologischer Betrachtungen“ vor und die Tatsache, dass „im Rahmen des hierarchischen Modells eine bestmögliche Spezifizierung einzelner Selbstkonzeptaspekte möglich ist, favorisiert dieses Strukturkonzept als theoretisches Gliederungsinstrument im Rahmen wissenschaftlicher Forschung.“ (Schuppener 2005, 84). Daher soll auch im Rahmen dieser Arbeit das hierarchisch mehrdimensionale Modell zur Strukturierung des Selbstkonzeptes als Grundlage dienen, da es ermöglicht, bestimmte Teilbereiche (bereichsspezifische Selbstkonzepte) des allgemeinen Selbstkonzeptes genauer zu untersuchen und somit der Forschungsarbeit der vorliegenden Arbeit dienlich ist (siehe Kapitel 5).

In Kapitel 1 wurde nun erläutert, dass der Mensch im Laufe seines Lebens Informationen über sich selbst erhält, die er sowohl aus den Interaktionen mit der Umwelt als auch von sich selbst bezieht. Diese Informationen führen dazu, dass der Mensch bestimmte Einstellungen und Urteile über die eigene Person bildet, die zu einem Konstrukt (Selbstkonzept) zusammengeführt werden. Dieses Selbstkonzept lässt sich in spezifische Teilbereiche untergliedern und ist hierarchisch strukturiert.

In Kapitel 2 wird erklärt, wie sich das Selbstkonzept von der frühen Kindheit bis zur Adoleszenz entwickelt und verändert und warum die Darstellung dieses Altersbereiches wesentlich für die vorliegende Forschungsarbeit ist.

2 Entwicklung von Selbstkonzepten

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln auf den Aufbau und die Struktur von Selbstkonzepten eingegangen wurde, soll in diesem Kapitel die Entstehung/Entwicklung von Selbstkonzepten von der frühen Kindheit bis zur Adoleszenz näher beleuchtet werden. Die Entwicklung des Selbstkonzeptes bezieht sich ausschließlich deshalb auf das Kindes- und Jugendalter, da es sich bei der Fallgruppe der vorliegenden Forschungsarbeit um Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren handelt und für das Verständnis und für die Auswertung der Studie das Selbstkonzept explizit in dieser Altersphase wichtig ist. Von der Erläuterung über Selbstkonzeptentwicklungen und -veränderungen im Erwachsenenalter wird daher abgesehen.

Nach Schuppener lässt sich „[a]nalog zur Entwicklung einer Identität ... auch die Selbstkonzeptentwicklung in verschiedene Altersphasen aufteilen“ (Schuppener 2003, 70). Schon Filipp (1980, 107) betont, dass es als „unzweifelhaft [scheint], daß das, was wir als 'Selbstkonzept' begrifflich fassen wollen, in unterschiedlichen Lebensaltern sich auch als unterschiedlicher empirischer Sachverhalt darstellen muß“. Viele AutorInnen (z.B. Harter 1983; Stern 1992) haben sich mit der Entwicklung des Selbst bei Kindern und Jugendlichen beschäftigt und ihre Annahmen in theoretische Modellannahmen eingebettet, die im Folgenden erläutert werden. So besteht in der Literatur zum Beispiel die Vermutung, dass bereits Säuglinge in der Lage sind mit Bezugspersonen zu interagieren, was als Voraussetzung für die Entwicklung eines Selbst gesehen wird. Ältere Kinder wiederum sind fähig, durch Vergleichsprozesse mit signifikanten Anderen (siehe Kapitel 1.2.) soziale Werte zu internalisieren, wodurch sich das Selbstkonzept verändert und weiterentwickelt. (Fuhrer 2000, 39) Die Entwicklung von Selbstkonzepten im Kindes- und Jugendalter wird in dieser Arbeit in den drei Altersphasen „Kleinkindalter und frühe Kindheit“, „mittlere und späte Kindheit“ und „frühe und späte Adoleszenz“ dargestellt.

2.1 Kleinkindalter und frühe Kindheit

In Arbeiten zur kindlichen Selbstentwicklung (Filipp 1984; Stern 1992) findet sich die zentrale Annahme, dass sich das Selbst durch die ersten Sozialbeziehungen herausbildet und Ergebnis frühester Interaktionserfahrungen ist. „Ursprung und Ausgangspunkt jeglichen Aufbaus von Selbstkonzepten bildet die Erkenntnis in der frühesten Kindheit, daß

man als Individuum im Sinne einer von der Außenwelt abgehobenen, distinkten Entität¹ existiert“ (Filipp 1980, 108). Kleinkindforscher postulieren, dass die Interaktion zu den Bezugspersonen entscheidend für die Selbstentwicklung ist. Im Folgenden sollen Modelle zur Erklärung kindlicher Selbstentwicklung beschrieben werden.

2.1.1 Das Phasenmodell von Daniel Stern

Daniel Stern (1992) vermutet, dass der Mensch von Geburt an über ein subjektives Selbstempfinden verfügt. Dieses „Selbstempfinden“ ist als organisierendes Prinzip zu verstehen, aus dem heraus der Säugling seine Welt und sich selbst erfährt und ordnet. Stern teilt die Entwicklung des Selbstempfinden im Kleinkindalter in Phasen ein, betont aber dabei, dass sich diese nicht systematisch (eine nach der anderen) ablösen, sondern als weiter bestehende simultane Bereiche der Selbsterfahrung zu betrachten sind, die ein Leben lang aktiv bleiben. (Stern 1992, 380; Fuhrer 2000, 40)

2.1.1.1 Das auftauchende Selbst

In den ersten beiden Lebensmonaten entwickeln Säuglinge nach Stern (1992, 61) ein auftauchendes Selbstempfinden, das, wie bereits erwähnt, über das ganze Leben hinweg aktiv bleibt. Das Kind beginnt, direkten Blickkontakt zu Bezugspersonen aufzunehmen, zu lächeln oder dieses sogar zu erwidern. Indem der Säugling Organisationsprozesse kennen lernt, die in dieser Zeit vor allem sensorische Erfahrungen mit dem eigenen Körper betreffen (seine Kohärenz, Handlungen und Gefühlszustände des Körpers), entwickelt sich das Empfinden eines Selbst (Stern 1992, 72f). Der Säugling stellt Verbindungen zwischen Ereignissen her, indem er Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesorganen miteinander vergleicht und integriert. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, wenn er etwas sieht und danach greift. (Stern 1992, 79) Durch solche Integrationen entsteht eine innere Organisation, ein Selbstempfinden (Stern 1992, 102).

2.1.1.2 Das Kernempfindungsselbst

In der nächsten Phase (etwa vom 2. bis 6. Lebensmonat) beginnt das Kleinkind den „anderen“ zu entdecken. Der Säugling erlebt, dass er und die Mutter körperlich getrennt sind, jeder eigenständig handelt und sein eigenes affektives Erleben hat. Trotzdem macht er die Erfahrung, dass diese zwei Körper auch miteinander in Beziehung treten können, ohne miteinander zu verschmelzen: zum Beispiel spielt die Mutter mit den Händen des Babys

1 Entität = das Sein (o. A. [2009], [1]); distinkt = getrennt, unterscheidend (o. A. [2009], [1])

(Fremdeinwirkung). (Stern 1992, 119) So lernt das Kind nicht nur seine eigene Subjektivität kennen, sondern entdeckt auch die des „Anderen“ (Stern 1992, 147).

2.1.1.3 Das subjektive Selbstempfinden

Nachdem das Kind gelernt hat, dass es auch den „Anderen“ gibt, unterscheidet es zwischen einem subjektiven Selbst und einem subjektiven Anderen. In dieser Zeit (etwa vom 7. bis zum 15. Lebensmonat) entwickelt das Kind ein Bewusstsein dafür, dass es selbst ein eigenes Seelenleben besitzt und andere auch. Es kann nun anderen Personen Absichten, Motive und Gefühle zuschreiben, die unter Umständen auch mit ihm selber geteilt werden können. (Stern 1992, 179f) Ein gemeinsames subjektives Erleben (Intersubjektivität) wird möglich, wodurch eine „neue organisierende subjektive Perspektive“ (Stern 1992, 179) des Selbst auftaucht.

2.1.1.4 Das verbale Selbst

Das Kind erlebt sich zunehmend als getrennte Entität und beginnt ein autonomes Selbst zu entwickeln, das mit dem Selbst von anderen interagieren kann. Im zweiten Lebensjahr (etwa mit 15 bis 18 Monaten) beginnt das Kind sich der Sprache zu bedienen. Durch dieses neue Medium kann es Bedeutungen in Bezug auf das Selbst und die Welt hervorbringen, die es auch mit anderen teilen kann. (Stern 1992, 231f) In dieser Zeit beginnt es auch sich selbst objektiv zu sehen (siehe später Spiegelbildstudien von Lewis und Brooks 1974). Kinder in diesem Alter erkennen sich selbst im Spiegel, wodurch sie erfahren, dass sie auch außerhalb des subjektiv empfundenen Selbst existieren und repräsentiert werden können. (Stern 1992, 235)

Durch das eben dargestellte Phasenmodell von Daniel Stern wird deutlich, dass das Kind bereits in den ersten Lebensmonaten ein eigenes Selbstempfinden entwickelt. Der Säugling sammelt verschiedenste Erfahrungen. Er nimmt zum Beispiel in der sozialen Interaktion mit anderen Gefühle und Wahrnehmungen auf, die er miteinander verbindet. Durch solche Integrationen entsteht eine innere Organisation, ein Selbstempfinden, aus dem sich später das Selbst herausformt. Auch Filipp (1980) versucht, den Aufbau des Selbst in der frühen Kindheit ähnlich wie Daniel Stern in Phasen einzuteilen, die nun dargestellt werden.

2.1.2 Phasen kindlicher Selbstentwicklung nach Sigrun-Heide Filipp

Viele AutorInnen (Pior 1998; Baldering 1993; Prücher 2002) der Selbstkonzeptforschung beziehen sich auf das Selbstkonzeptentwicklungsmodell nach Filipp (1980), weshalb Bezug darauf genommen wird. Filipp beschreibt wie folgt in vier Phasen, wie sich allmählich aus dem „Körper-Selbst“ des Säuglings ein fundamentales Selbstschemata entwickelt.

2.1.2.1 Erste Phase

In der ersten Phase (etwa bis zum 4. Lebensmonat) steht der eigene Körper als „materielles Substrat des 'Ich' im Zentrum“ (Filipp 1980, 108). Sarbin (1962) beschreibt, wie sich durch die Verarbeitung vieler sensorischer Informationen (Bewegungsempfindungen des eigenen Körpers) in den ersten Lebensmonaten ein „Körper-Selbst“ aufbaut (Filipp 1980, 108). Leyendecker geht davon aus, dass die ersten Erfahrungen, die jeder mit seinem Körper in der frühen Kindheit macht, ein „grundlegendes, generelles und damit im Nachhinein auch schwer zu veränderndes Postulat innerhalb des Selbstkonzeptes einer Person“ (Leyendecker 1985, 4) sei. Dieses Körperkonzept bestimmt auch beim Erwachsenen wesentliche Anteile des Selbstkonzeptes. So ergab eine Befragung (Mrazek 1984) an über 3000 Personen, dass diejenigen, die mit ihrem Körper zufrieden sind, auch insgesamt mit sich selbst zufriedener sind. (Leyendecker 1985, 4) Epstein (1973) betont die Wichtigkeit von so genannten Doppelberührungsempfindungen („double sensations“) für den Aufbau eines fundamentalen Körper-Selbst. Berührt zum Beispiel die Hand den Fuß, so entstehen sowohl Empfindungen bei der Berührung des eigenen Körpers (Hand) als auch am berührten Körperteil (Fuß) entsteht. Sensorische Informationen dieser Art führen nicht nur dazu, dass das Kind lernt, dass sein Körper begrenzt ist, sondern auch, dass es ein handelndes Subjekt ist. (Pior 1998, 21) Die Entwicklung des Selbst wurde im Kleinkindalter vor allem in verschiedenen Studien zur visuellen Selbsterkennung von Kleinkindern untersucht. So zeigen Dixons Befunde (1957), dass Kinder bis zum vierten Lebensmonat keine spezifischen Reaktionen auf ihr eigenes Spiegelbild zeigen. Dies lässt vermuten, dass sie das Spiegelbild als Abbild der eigenen Person noch nicht wahrnehmen. (Filipp 1980, 108f; Pior 1998, 22)

2.1.2.2 Zweite Phase

In der zweiten Phase (etwa vom 4. Lebensmonat bis zum 8. Lebensmonat) kann sich das Kind immer mehr von anderen Personen unterscheiden. Es beginnt zwischen „Ich“ und

„Nicht-Ich“ zu differenzieren. Trotzdem zeigt das Kind keine unterschiedlichen Reaktionen auf das eigene Spiegelbild oder auf das Bild eines fremden Kindes. (Filipp 1980, 109f)

2.1.2.3 Dritte Phase

In der dritten Phase (etwa vom 8. bis zum 12. Lebensmonat) nehmen nach Dixons Studie die Aktivitäten vor dem Spiegel zu, wie z.B. die Erhöhung der Fixationsdauer beim Betrachten des eigenen Spiegelbildes, schnelle Blickbewegungen des Kindes zwischen dem Spiegelbild und dem eigenen Körper, was darauf hindeutet, dass das Kind beginnt, sein Spiegelbild als eigenes zu erkennen. Ungefähr ab dem zwölften Lebensmonat erfolgt auch ein visuelles Selbsterkennen bei Verwendung des Eigennamens („Wo ist Leon?“). (Filipp 1980, 109) Zusätzlich scheint sich in dieser Zeit auch der Aufbau spezifischer Selbstschematisierungen zu vollziehen, das auf die Befunde von Lewis und Brooks (1974; 1978) zurück zu führen ist. Sie zeigten Kindern gegen Ende des ersten Lebensjahres Bilder von verschiedenen Personen und konnten beobachten, dass Bilder von gleichaltrigen und gleichgeschlechtlichen Kindern etwa genau so lange wie das eigene Bild betrachtet wurden. Daraus wurde gefolgert, dass die Selbstschematisierung im ersten Lebensjahr „nicht nur die kognitive Ausdifferenzierung des Ich-Außenwelt-Bezugs in einem globalen Sinne, sondern [diese wird] auch in Form von ersten Selbst‘zuschreibungen‘ spezifischer Merkmale vollzogen“ (Filipp 1980, 110) wird, nämlich hinsichtlich Geschlecht und Alter (Alter wahrgenommen als „klein/jung“). (a.a.O.)

2.1.2.4 Vierte Phase

In der vierten Phase (etwa vom 1. bis zum 2. Lebensjahr) festigen sich die Selbstschematisierungen. Das Kind erkennt nun eindeutig sein Spiegelbild als sein eigenes Abbild, das durch die Studien von Lewis und Brooks (1974) belegt wird. Hierfür wurde Kindern zwischen dem 16. und 22. Monat rote Farbe auf die Nase getupft und deren Reaktionen auf ihr eigenes Spiegelbild aufgezeichnet. Es konnte festgestellt werden, dass nur einige Kinder vor, aber alle Kinder im Alter von 22 Monaten auf ihre eigene Nase deuteten und sie berührten. Zusätzlich treten laut Untersuchungsergebnissen von Bloom, Lightbrown und Hood (1975) selbstbezogene Pronomen und Eigennamen bei Kindern Ende des 2. Lebensjahres als fester Bestandteil im Wortschatz auf. (Filipp 1980, 108f) Auch Kagan (1981) stellte bei Kindern im Alter von 24 Monaten selbstbeschreibende Aussagen wie „Ich spiele/kann“ fest (Prücher 2002, 15). Somit ist anzunehmen, dass Kinder in

diesem Alter ein fundamentales Selbstschema aufgebaut haben (Schuppener 2003, 71). Broughton (1978) befragte Kinder direkt über ihr Selbst und fand dabei heraus, dass sich Selbstbeschreibungen in der frühen Kindheit vorwiegend auf physische Begriffe beziehen z.B. auf den eigenen Körper. Sie differenzieren sich von anderen Kindern zum Beispiel durch Aussagen über ihr Aussehen: „Ich bin anders als Andrea, weil ich braune Haare habe!“ (Prücher 2002, 15f)

Werden die erläuterten Befunde von Filipp (1980) zusammengefasst, so kann die Selbstkonzeptentwicklung im Kleinkindalter und in der frühen Kindheit in folgenden Phasen beschrieben werden:

| Phase: | Lebensmonat: | Merkmale |
|----------|--------------------------------|--|
| 1. Phase | etwa bis zum 4. Lebensmonat | die ersten Erfahrungen mit dem eigenen Körper z.B. aufgrund von Berührungen führen zu einem allmählichen Aufbau eines Körper-Selbst. Das Spiegelbild als eigenes Abbild wird jedoch noch nicht wahrgenommen (keine Reaktionen auf das eigene Spiegelbild) |
| 2. Phase | ca. 4.- 8. Lebensmonat | Das Kleinkind beginnt zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“, zwischen sich selbst und anderen zu differenzieren. |
| 3. Phase | ca. 8.- 12. Lebensmonat | Das Kind erlebt sich zunehmend als getrennte Entität (Objektpermanenz voll erworben) und erste kategoriale Selbstschemata (Alter, Geschlecht) zu unterscheiden. Erhöhte Fixationsdauer beim Betrachten des eigenen Bildes und auch der Bilder von gleichaltrigen und -geschlechtlichen Personen. |
| 4. Phase | im Verlauf des 2. Lebensjahres | Das Kind hat ein fundamentales Selbstschema aufgebaut (visuelles Selbsterkennen im Spiegel). Es beginnt sich der Sprache zu bedienen (erste Formen der sprachlichen Repräsentation der eigenen Person durch Eigennamen) und Selbstbeschreibungen aufgrund physischer Merkmale (Haarfarbe, Größe, Gewicht) zu äußern, was auf eine Verfestigung der kategorialen Selbstschemata hinweist. |

Es handelt sich hier lediglich um ein theoretisches Konstrukt, gebildet von Hypothesen, und kann nach Filipp (1980, 110ff) als Versuch einer systematischen Beschreibung der Selbstkonzeptentwicklung gesehen werden. Zur Ausdifferenzierung zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“ kommt hinzu, dass sich das Kind immer mehr als „Kausalagent“ erlebt, indem es merkt, dass sein eigenes Tun Handlungseffekte in der materiellen und/oder sozialen Außenwelt erzeugen kann (Filipp 1980, 108). Piaget (1969, 157) bezeichnet dies als „sekundäre Zirkulärreaktion“ (siehe Kapitel 2.2.1). Erst nachdem das Kind zwischen „Ich“

und „Nicht-Ich“ zu unterscheiden vermag, wird es möglich, die Erfahrungen als „selbstbezogen“ und „außenweltbezogen“ zu kategorisieren und zu verarbeiten, was wiederum wichtig ist für die Bildung von Selbstkonzeptprozessen. (Filipp 1980, 108; Schuppener 2003, 70)

Es lässt sich erkennen, dass den Außeneinflüssen bereits in den ersten Lebensmonaten und -jahren eine entscheidende Rolle für die Entwicklung eines Selbstbildes beigemessen wird. „Ausschnitte der Umwelt dienen danach ... als konstituierende Elemente von Selbstkonzepten“ (Filipp 1980, 112).

Insgesamt ist anzunehmen, dass sich das Selbst zunächst ausgehend von einem globalen Selbstkonzept mit zunehmendem Lebensalter in der Innenwahrnehmung erweitert, wodurch es zum Aufbau differenzierter Selbstkonzepte kommt (z.B. die Selbstkategorisierung nach Alter und Geschlecht) (Schuppener 2003, 71). Auch die empirische Selbstkonzeptforschung geht davon aus, dass sich das Selbst im Laufe der Entwicklung weiter ausdifferenziert und bereits in der frühen Kindheit mehrdimensional ausgebildet ist (Pior 1998, 61; Prücher 2002, 19). Eine Studie von Mullener und Laird (1971) zeigt, dass mit ansteigendem Alter die globale Selbstbewertung zunehmend bereichsspezifisch unterteilt wird (Filipp 1978, 117). „Das individuelle Selbstkonzept gestaltet sich vom Kindesalter hin zum Erwachsensein zunehmend facettenreicher“, meint auch Prücher (2002, 27). Dies kann zum Teil auf die Entwicklung der Intelligenz zurückgeführt werden, worauf nun im nächsten Kapitel eingegangen wird.

2.2 Mittlere und späte Kindheit

Nachdem dargestellt wurde, wie sich in der frühen Kindheit ein fundamentales Selbstschema aufbaut, soll nun die Selbstkonzeptentwicklung von der mittleren bis zur späten Kindheit ausführlicher behandelt werden, da die im folgenden erläuterten theoretischen Modelle in die Forschung dieser Arbeit einfließen, um so Aussagen über das Selbstkonzept von krebskranken² Kindern im Alter von 9 bis 12 Jahren treffen zu können.

2 In der Arbeit wird einfacher Weise von „krebskranken Kindern“ gesprochen, da es sich bei der Fallgruppe um Kinder mit Gehirntumor handelt. Bösartige Tumore werden im deutschen Sprachgebrauch als „Krebs“ bezeichnet, auch wenn „Krebs“ die Übersetzung des lateinischen Wortes „Carcinom“ ist, und damit nur eine – wenn auch die häufigste – Gruppe von bösartigen Tumoren bezeichnet wird.

Ab dem 3. Lebensjahr (mittlere Kindheit) wird davon ausgegangen, dass das Kind über sich selbst nachdenken kann, auch wenn die kognitive Repräsentation der eigenen Person in diesem Alter noch sehr einfach dargestellt wird z.B. „Ich kann hoch springen“ (Mummendey 2006, 94). Standen anfänglich noch Merkmale des eigenen Körpers im Mittelpunkt, stützen sich Selbstbeschreibungen nun vorwiegend auf Fähigkeiten. So zeigt eine Studie von Keller, Ford und Meacham (1978), dass sich Kinder zwischen drei und fünf Jahren vorwiegend durch Aktivitäten oder Tätigkeiten beschreiben (Prücher 2002, 19). Dabei ist laut Studien (Helmke 1998; Vise, Schneider 2000; Prücher 2002) eine generelle Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Grundschulalter festzustellen. Erst gegen Ende der Grundschulzeit werden die Selbsteinschätzungen der eigenen Leistungen/Fähigkeiten realistischer (Prücher 2002, 42). Secord und Peevers (1974) stellten bei Kindern der dritten Volksschulklasse zusätzlich fest, dass zu der Beschreibung bestimmter Fähigkeiten der Vergleich mit Gleichaltrigen hinzukam. Es geht nun nicht mehr nur darum, was die Kinder können, sondern wie gut sie dies im Vergleich zu anderen können. (Prücher 2002, 20)

Weiters kommt im Laufe der Entwicklung zur kognitiven Selbstpräsentation auch die Beurteilung und Bewertung der eigenen Person hinzu (Mummendey 2006, 95). Dies findet vor allem durch soziale Vergleichsprozesse mit signifikanten anderen in den Bereichen Schulkompetenz, Peerakzeptanz und Sportkompetenz statt. Das Kind ist nun fähig, Werte und Meinungen signifikanter anderer zu internalisieren. (Fuhrer 2000, 50) So auch Mummendey (2006, 99f), der betont, dass der Vergleich mit anderen im Schulalter wesentlich für die Selbstkonzeptentwicklung ist. Aussagen von wichtigen Vergleichspersonen bestimmen demnach den Leitfaden für die Selbstbeurteilung. Hier ist eine Verbindung zu Cooley (siehe Kapitel 2.2) erkennbar, nach dem das Selbst von Individuen durch die Bewertungen anderer beeinflusst wird („Spiegelbild-Selbst“). Eine Untersuchung von Leary (2003) bestätigte dies, indem die Selbsteinschätzungen der ProbandInnen ein Spiegelbild dessen war, was als Bewertung durch andere erwartet wurde (Mummendey 2006, 146). Das heißt, dass die gedachte Fremdeinschätzung mit der Selbsteinschätzung große Übereinstimmungen aufwies. Außerdem zeigte sich in einer weiteren Studie, dass der Grad der erlebten sozialen Ausgeschlossenheit bei Menschen hoch negativ mit dem gleichzeitig gemessenen Selbstwertgefühl korrelierte (a.a.O.). Das heißt, dass Menschen, die sich aus der sozialen Gemeinschaft ausgeschlossen fühlen unter Umständen ein negatives Selbstwertgefühl entwickeln bzw. der negative Selbstwert sogar

mitverantwortlich sein könnte, dass sich diese Menschen zurückziehen. Es ist daher gut vorstellbar, dass Kinder, die von ihrer Peergroup abgegrenzt sind oder ausgeschlossen werden, dies unter Umständen auf sich selbst beziehen und ein negatives Selbstwertgefühl entwickeln könnten.

Im späten Kindesalter (8. bis 11. Lebensjahr) kommt es zu wesentlichen Fortschritten in der Selbstbeschreibung, indem sich die Kinder mit differenzierten, auch ambivalenten (z.B. sowohl mit „guten“ als auch „bösen“) Persönlichkeitseigenschaften identifizieren (Mummendey 2006, 99). Bereits Studien in den 1970ern (Fullerton 1971; Montemayor, Eisen 1977) zeigten, dass Selbstbeschreibungen mit zunehmendem Alter abstrakter werden, also nicht mehr nur Namen, Alter und Besitztümer genannt werden, sondern auch psychische Merkmale miteinbezogen werden (Filipp 1978, 117). Weiters werden diese Merkmale in übergeordneten Beschreibungen integriert z.B. „Ich bin intelligent“ (Mummendey 2006, 99).

AutorInnen (Harter 1983, Damon, Hart 1982/1988) haben die Entwicklung des Selbstkonzeptes in theoretische Modelle eingebettet. Diese ermöglichen, bisherige Befunde in ein Theoriekonstrukt zu integrieren, sodass weitere Annahmen in diesem Forschungsgebiet formuliert werden können (Pior 1998, 26). Die im Folgenden angeführten Modelle werden deshalb dafür genutzt, Vorannahmen über das Selbstkonzept krebskranker Kinder dieser Altersgruppe zu formulieren, um diese im Forschungsteil der vorliegenden Arbeit zu untersuchen. Als Orientierung für ihr Modell zur Selbstkonzeptentwicklung, zieht Harter (1983) die Stadien der kognitiven Entwicklungstheorie des Kindes nach Piaget heran, weshalb diese kurz dargestellt werden.

2.2.1 Kognitive Entwicklungsstadien des Kindes nach Piaget

Die Entwicklung der Intelligenz wird demnach von Piaget (1969; 1977) in ein sensomotorisches, ein präoperationales, ein konkret-operationales und ein formal-operationales Denken eingeteilt. Ausgehend von der praktischen (sensomotorischen) Intelligenz beginnt sich allmählich die verbale oder rationale Intelligenz zu entwickeln (Piaget 1969, 12).

2.2.1.1 Sensomotorisches Stadium

Piaget (1969, 157) spricht von so genannten „Zirkulärreaktionen“, durch die das Kind merkt, dass seine Handlungen Effekte in der sozialen und materiellen Umwelt erzeugen können. Anfänglich werden die Aktionen des Kindes zufällig entdeckt (sensomotorischen Phase), jedoch im Laufe der Entwicklung werden diese effektiv eingesetzt, um auf Dinge einzuwirken, sodass vollständige Intelligenzhandlungen (z.B. Problemlösungen) durchgeführt werden können (Piaget 1969, 187f). In der sensomotorischen Phase (ca. bis zum 2. Lebensjahr des Kindes) betätigt und übt der Säugling ausschließlich Reflexe im Zusammenspiel mit Wahrnehmungseindrücken. Der Saugreflex wird zum Beispiel anfänglich dadurch ausgelöst, dass die Flasche die Lippen des Säuglings berührt. Später sieht der Säugling die Flasche, greift danach und beginnt zu saugen. Die Kreisreaktionen werden weiterentwickelt, indem das Kind beginnt, Handlungen zu initiieren, die Reaktionen herbeiführen: zum Beispiel die Betätigung der Rassel, wodurch ein Geräusch entsteht. (Lahmer 2000, 187) Obwohl diese Handlungen spontan sind, ist diese Phase grundlegend für die spätere kognitive Gesamtentwicklung. Das Kind ergreift, um zu begreifen (Piaget 1969, 163).

2.2.1.2 Präoperationales Stadium

Im präoperationalen Stadium (etwa vom 2. bis zum 7. Lebensjahr) lernt das Kind, mit Symbolen und Objekten umzugehen. Es erlernt die Sprache und erfährt, dass ein Symbol für ein Objekt steht z.B.: „Wo ist der Ball?“ und greift danach. Umgekehrt wird es dem Kind nun aber auch möglich, Gegenstände symbolisch zu verwenden (z.B. ein Holzstück wird als „Auto“ benutzt und das Kind macht Autogeräusche dazu). Es kann seine Phantasie spielen lassen und Handlungen verinnerlichen. Gleichzeitig wird das Kind von seinem egozentrischen Denken gelenkt. Es stellt sich mit seinen Bedürfnissen und Forderungen ins Zentrum und kennt nur seine Perspektive, wodurch es ihm kaum möglich ist, sich in andere Menschen hinein zu versetzen. (Lahmer 2000, 188) Weiters stützt sich das Kind noch auf statische Wahrnehmungsformen. So kann es zum Beispiel noch nicht realisieren, dass sich eine bestimmte Flüssigkeitsmenge nicht vergrößert, wenn es in ein schmales und längeres Glas als zuvor umgefüllt wird, auch wenn es so aussieht. (Piaget, Inhelder 1977, 234)

2.2.1.3 Konkret-operationales Stadium

Im konkret-operationalen Stadium (etwa vom 7. bis zum 12. Lebensjahr) beginnt das Kind allmählich, Objekte zu klassifizieren und zuzuordnen (z.B. nach Masse, Gewicht oder Volumen) (Piaget, Inhelder 1977, 237). Es lernt, dass die Flüssigkeitsmenge immer gleich bleibt, egal welche Form das Gefäß hat, in die sie gegossen wird oder die Anzahl von Äpfeln gleich bleibt, egal wie sie angeordnet werden. Die Fähigkeit der Klassifizierung und Kategorisierung bleibt jedoch an konkreten anschaulichen Dingen haften (z.B. Autos und Mopeds gehören zu der Kategorie „Transportmittel“). Es können so zwar mehrere Aspekte gleichzeitig erfasst werden, Abstraktionen sind jedoch noch nicht möglich. (Lahmer 2000, 189f) Das Denken ist noch nicht logisch, sondern intuitiv und wird von der direkten Wahrnehmung beeinflusst (Piaget, Inhelder 1977, 238).

2.2.1.4 Formal-operationales Stadium

Im formal-operationalen Stadium (etwa ab dem 12. Lebensjahr) erwirbt das Kind/der Jugendliche die Fähigkeit des logischen Denkens mit Abstraktionen, wodurch Schlüsse aus vorhandenen Informationen gezogen werden können, Hypothesen entwickelt werden etc. (Lahmer 2000, 190f). Fakten werden nun erst dann als Fakten angesehen, wenn diese anhand verschiedener Hypothesen überprüft wurden (Piaget, Inhelder 1977, 238).

Der Stufenablauf von Piaget wird immer wieder kritisiert. Piaget geht aufgrund von Beobachtungen und Experimenten mit Kindern und Jugendlichen davon aus, dass die Entwicklungsstufen systematisch aufeinander folgen und zum Beispiel Fähigkeiten einer späteren Stufe nicht vorher erworben werden könnten (Lahmer 2000, 192). Piaget misst jedoch genauso wie andere AutorInnen (Fillip 1984; Schuppener 2003) äußeren Einflüssen eine bedeutende Rolle für die Entwicklung des Kindes zu. Er erläutert, dass die Entwicklung der Intelligenz sowohl von der Ausformung der Gehirnstrukturen als auch vom sozialen Milieu abhängt. Das Gehirn bestimmt demnach die „Gesamtheit der Möglichkeiten und der Unmöglichkeiten auf einer gegebenen Stufe“ (Piaget, Inhelder 1977, 324), jedoch „ein gewisses soziales Milieu ist für die Aktualisierung dieser Möglichkeiten durchaus unerlässlich“ (Piaget, Inhelder 1977, 324). So können bestimmte erzieherische und kulturelle Einflüsse die Aktualisierung kognitiver Prozesse wesentlich beschleunigen oder auch verzögern (a.a.O.). Weiters sprechen Piaget und Inhelder (1977, 326) davon, dass der

heranwachsende Mensch beginnt, Systeme und Theorien zu konstruieren, indem er über sein eigenes Denken nachdenkt und reflektiert, was, wie bei Epstein (siehe Kapitel 2.2), auf die Annahme einer Selbsttheorie hindeutet.

Anhand der eben beschriebenen Theorie von Piaget führt Susan Harter (1983) in ihrem Modell vier Stufen der strukturellen Änderung von Selbstkonzepten bei Kindern an. Die Unterschiede in der Selbstbeschreibung sind demnach auf die Entwicklung des logischen Denkens beim Kinde zurückzuführen. Studien (Pior 1998; Prücher 2002) beziehen sich immer wieder auf das Modell von Harter, da es ermöglicht, inhaltliche Aspekte des Selbstkonzeptes unterschiedlicher Altersstufen abzuleiten, weshalb auch in dieser Arbeit Bezug darauf genommen und im Folgenden beschrieben wird.

2.2.2 Das Modell von Harter

Die vier Stadien von Harter (1983) entsprechen dem präoperationalen Denken, dem konkret-operationalen Denken, dem frühen formal-operationalen Denken und dem spät-operationalen Denken. Jedes Stadium teilt sich wiederum in zwei Stufen, die die zunehmende Differenzierung der Selbstbeschreibungen kennzeichnen. Weiters sind je nach Altersstufe unterschiedliche Themen im „Selbst“ wichtig. In der Kindheit sind dies vorwiegend Selbstbeschreibungen bezüglich eigener physischer Merkmale und Verhaltensweisen. Zu Beginn der Adoleszenz kommen Emotionen, Absichten und Kognitionen (Denken, Einstellungen) hinzu. Im ersten Stadium des Harter-Modells werden die Selbstbeschreibungen in spezifischen Merkmalen formuliert. Im nächsten Stadium werden diese in Persönlichkeitseigenschaften („Traits“) integriert. Im dritten Stadium werden diese in einfachen Abstraktionen eingeordnet, die im vierten Stadium zu höher geordneten Abstraktionen zusammengefasst werden. (Harter 1983, 305; Pior 1998, 29)

2.2.2.1 Stadium 1 (einfache Beschreibungen)

Im ersten Stadium beschreibt sich das Kind vorwiegend durch beobachtbare Merkmale wie körperliche Eigenschaften (Größe, Alter, Geschlecht) und Verhaltensweisen (Fähigkeiten, Vorlieben) (Harter 1983, 305). Diese Phase entspricht dem präoperationalen Denken (ca. 2. bis 7. Lebensjahr) nach Piaget und Inhelder und funktioniert auf der ersten Unterstufe des Harter-Modells nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip (Pior 1998, 29). Wenn das Kind zum Beispiel gute sportliche Fähigkeiten aufweist, ist es, nach Harter, wahrscheinlich auch

davon überzeugt, gut in kreativen Fähigkeiten zu sein, nach dem Motto: „Ich kann alles oder nichts!“ Es wird also noch keine Differenzierung in den verschiedenen Selbstkonzeptbereichen getroffen, sodass noch nicht von einer globalen Selbsteinschätzung gesprochen werden kann. Die verschiedenen Bereiche sind voneinander weitgehend getrennt und noch nicht in ein Gesamtkonzept integriert. (Harter 1983, 307; Mummendey 2006, 97) Erst auf der zweiten Stufe dieses Stadiums beginnt das Kind zu erkennen, dass es in diversen Bereichen unterschiedliche Fähigkeiten aufweisen kann. Diese bereichsspezifischen Selbstbeschreibungen weisen jedoch noch keine Stabilität und innere Konsistenz (über unterschiedliche Situationen und Zeit) auf. (Harter 1983, 307; Pior 1998, 29)

2.2.2.2 Stadium 2 (Trait-Begriffe)

Im zweiten Stadium werden auf der ersten Unterstufe spezifische Verhaltensweisen in Persönlichkeitszüge eingeordnet zum Beispiel „blond und dumm“. Nach Piaget würde dies dem konkret-operationalen Denken (ca. 7. bis 12. Lebensjahr) entsprechen, nachdem das Kind beginnt, Klassifikationen/Hierarchien zu bilden. Dadurch können zwar mehrere Aspekte der Persönlichkeit gleichzeitig erfasst werden, doch es wird noch nicht erkannt, dass diese auch widersprüchlich sein können. Erst auf der zweiten Unterstufe werden diese „Traits“ differenzierter betrachtet. Es wird erkannt, dass jemand gleichzeitig zum Beispiel in Mathematik schlecht sein kann, dafür in Kunst jedoch begabt ist. Trotzdem werden diese „Traits“ noch separat registriert, also auf einzelne Selbstkonzeptbereiche bezogen und noch nicht zu einem Gesamtkonzept zusammengefügt. (Harter 1983, 307)

2.2.2.3 Stadium 3 (einfache Abstraktionen)

Im dritten Stadium werden nun die zuvor gebildeten „Traits“ in einfache Abstraktionen integriert z. B. „Ich bin intelligent“. Es kommt zu einer ersten Übergeneralisierung, indem mehrere Eigenschaften zu einem Überbegriff zusammengefasst werden. Auf der zweiten Stufe werden diese einfachen Abstraktionen differenzierter. So erkennt z.B. der Jugendliche, dass er ein Dichter und gleichzeitig begabt im Malen ist und fasst dies zu der Übergeneralisierung „Ich bin eine kreative Person“ zusammen. Trotzdem ist diese zweite Abstraktion „Ich bin eine kreative Person“ genauso separat zu betrachten, wie die erste „Ich bin intelligent“. Eine Integration beider Abstraktionen zu einem Komplex gelingt in diesem Stadium noch nicht. (Harter 1983, 307)

2.2.2.4 Stadium 4 (Abstraktionssysteme)

Erst im vierten Stadium gelingt es dem Kind, mehrere Abstraktionen zu einem Gesamtbild von sich selbst (Selbstkonzept) zusammenzufügen (Harter 1983, 308). Weiters werden nun auch widersprüchliche Merkmale in die differenzierten Abstraktionssysteme integriert, sodass die Person erkennt, dass sie selbst auch ambivalente Merkmale haben kann. Es lässt sich ein Bezug zwischen dem Modell von Harter und der Theorie von Epstein bezüglich Postulate höherer und unterer Ordnung herstellen, die ebenfalls in ein hierarchisches System (Selbstkonzept) eingeordnet werden (siehe Kapitel 2.2.). (Pior 1998, 31; Mummendey 2006, 99)

| Strukturelle Veränderungen Inhaltliche Dimensionen | Stadium I: Einfache Beschreibungen | | | | Stadium II: Trait-Begriffe | | | | Stadium III: Einfache Abstraktionen | | | | Stadium IV: Abstraktionssysteme | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|---|---|--|---------|---------|---------|------------------------------------|---------|---------|---------|
| | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 1 | Stufe 2 | Stufe 1 | Stufe 2 |
| Beobachtbare Dimensionen | Globale Beschreibungen Alles-oder-Nichts-Denken | Zeitweise Verschiebungen, Schwankungen | Beschreibungen in TRAIT-BEGRIFFEN integriert, übergeneralisiert, Alles-oder-Nichts-Denken | Trait-Begriffe werden differenziert, Situations-Spezifität | Trait-Begriffe werden global in EINFACHE ABSTRAKTIONEN integriert | Einfache Abstraktionen werden differenziert, dann reintegriert | Einfache Abstraktionen werden global in ABSTRAKTIONSSYSTEMEN integriert und übergeneralisiert | Abstraktionssysteme werden differenziert, dann reintegriert | | | | | | | | |
| Körperliche Merkmale (Größe, Alter, Geschlecht, Hautfarbe) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verhaltensweise (Handlungen, Fertigkeiten, Vorlieben) | Gut im Zeichnen, Puzzeln, Kleben, Singen, Rennen, Zählen, Buchstabieren, Farben erkennen | Gut im Zeichnen, Ratseln, Zählen | Dunn, weil schlecht in Mathe, Physik, usw. | Begibt in kreativem Schreiben, Kunst, Musik | Niedrige Intelligenz, weil schlechte Ergebnisse bei konventionellen Indikatoren des IQ | Künstlerisch-kreativ Geschichtenerzählen, malen | Lebenskünstler, der konventionelle Werte der Gesellschaft ablehnt | Lebenskünstler | Politisch Radikaler | | | | | | | |
| Psychologische Dimensionen | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emotionen (emotionale Zustände, Neigungen) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motive (Absichten, Ursachen für Verhalten) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kognitionen (Denken, Einstellungen) | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Bild: Schuppener 2005, 72; siehe Originalbild aus Harter 1983, 306)

Zusammenfassend ist zum Harter-Modell zu sagen, dass sich die Selbstbeschreibungen des Kindes vom „Alles-oder-nichts“ Denken zunehmend differenzieren. Mit der Zeit werden bereichsspezifische Attribute und Beurteilungen zu hierarchisch höheren Selbstkonzepten zusammengefasst und auch negative Eigenschaften integriert. Der Übergang von einer Stufe zur nächsten ist nach Harter durch „das Entstehen von *Widersprüchen* motiviert“ (Schuppener 2003, 73; Hervorhebung im Original). Eine genaue Beschreibung hinsichtlich der Erklärung, wie diese Widersprüche aussehen oder ausgelöst werden, versäumt sie aber nach Pior (1998, 31). Auch findet nach Schuppener (2003, 73) keine Berücksichtigung äußerer Faktoren statt, die, wie bereits erläutert wurde, Einfluss auf die Selbstkonzeptentwicklung nehmen. Insgesamt liefert das Modell von Harter zwar „wertvolle Hinweise und Aussagen über die ontogenetische Selbstkonzeptentwicklung vor dem Hintergrund *kognitiver Operationalisierungen*, muss aber insgesamt als etwas verkürzte Darstellung der Selbstkonzeptausbildung im Kindesalter angesehen werden, da die *endogenen Entwicklungsprozesse* eben weitestgehend auf Kognitionen beschränkt werden und die *exogen-interaktiven Einflüsse* unberücksichtigt bleiben“ (Schuppener 2003, 73; Hervorhebungen im Original).

Damon und Hart (1982, 1988) postulieren die Entwicklung des Selbstkonzeptes bei Kindern ebenfalls in vier Stufen, in denen das Denken unterschiedlich organisiert wird. Ihr Modell ist genauso wesentlich für die Selbstkonzeptforschung wie das von Harter, um zu weiteren Annahmen in diesem Forschungsgebiet zu kommen, weshalb auch dieses theoretische Konstrukt kurz dargestellt wird.

2.2.3 Das Modell von Damon und Hart

Damon und Hart (1982, 1988) haben aus ihrem Forschungsmaterial vier Stufen der Selbstkonzeptentwicklung im Kindesalter herausgefiltert. Dabei beziehen sie sich auf William James, der das Selbst in zwei Teile differenziert und zwar in „ME“ und „I“. Das „I“ ist das aktive Selbst, das das „ME“ beobachtet (Pior 1998, 22). Daraus formulieren die Autoren für die Selbstkonzeptentwicklung vier Dimensionen des „ME“ (körperliches Selbst und äußeres Erscheinungsbild, aktives Selbst, soziales Selbst und psychologisches Selbst) und drei Dimensionen des „I“ (Kontinuität, Verschiedenheit und „ICH“ als Agens), die Organisationsprinzipien des Denkens über sich selbst darstellen. (Pior 1998, 26)

In der frühen Kindheit (Stufe 1) wird das Selbst nach Damon und Hart eher oberflächlich und durch physische Merkmale beschrieben wie zum Beispiel „Ich habe blonde Haare“. In der mittleren und späten Kindheit (Stufe 2) formulieren Kinder Selbstäußerungen, die sich vorwiegend auf Aktivitäten oder Handlungen beziehen, vor allem aufgrund von Vergleichen mit anderen, wie auch Fuhrer (2000) und Mummendey (2006) berichten. In der frühen Adoleszenz (Stufe 3) wird das Denken durch Beziehungen zu anderen Personen geprägt wie „Ich bin immer nett, deshalb mag mich jeder!“ Der soziale Bezug herrscht vor. Auf der vierten Stufe (späte Adoleszenz) bestimmen Werte und Einstellungen (psychologischer Bezug) das Denken und die Individualität. Das „wahre Ich“, worauf im nächsten Kapitel noch näher eingegangen wird, ist nun das Wichtigste. (Pior 1998, 28; Prücher 2002, 21)

In der Literatur sind jedoch auch gegensätzliche Befunde zu finden. So deuten die Studien von Marsh et al. (1991) und Asendorpf und van Aken (1993) darauf hin, dass das Selbstkonzept früher, als zum Beispiel bei Harter beschrieben wurde, bereichsspezifisch organisiert wird (Asendorpf, van Aken 1993, 81; Pior 1998, 63). Asendorpf berichtet von Marsh et al. (1991), die in ihren Studien zeigen, dass das allgemeine Selbstkonzept bereits im Kindergartenalter bereichsspezifisch organisiert und auch durch Fragen erfassbar ist. Weiters fanden Marsh et al. heraus, dass diese bereichsspezifischen Selbstkonzeptbereiche auch eine gewisse zeitliche Stabilität aufweisen. Diese Befunde konnten Asendorpf und van Aken in einer eigenen Studie (1993) an 2.-, 3.- und 4.- KlässlerInnen bestätigen. Sie untersuchten Kinder anhand der Harterskalen (Bildpaare zu spezifischen Selbstkonzeptbereichen sind in einem vierstufigen Skalenniveau zu beantworten) nicht nur auf bereichsspezifische Selbstkonzeptdaten, sondern fanden ebenfalls heraus, dass diese eine deutliche zeitliche Stabilität aufzeigten. Die an zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten erhobenen Daten korrelierten miteinander. (Asendorpf 1996, 194f)

Durch die eben dargestellten theoretischen Modelle und Studien lassen sich vor allem inhaltliche Aspekte für das Selbstkonzept in unterschiedlichen Altersstufen herausarbeiten. Diese sind nicht nur wesentlich für die Formulierung von Annahmen für die vorliegende Forschungsarbeit, sondern letztendlich auch für die anschließende Auswertung der Ergebnisse bezüglich der Vergleiche von Selbstkonzepten krebskranker Kinder mit den Selbstkonzeptaspekten gesunder Kindern gleichen Alters relevant. Da die Fallgruppe dieser

Forschungsarbeit Kinder im Alter von 9 – 12 Jahren („späte Kindheit“/„Frühadoleszenz“) umfasst, werden die wichtigsten Aspekte für Selbstkonzepte in der „späten Kindheit“ nochmals zusammengefasst:

- Während sich Kinder in der frühen Kindheit vorwiegend über physische Merkmale beschreiben wie zum Beispiel „Ich habe blonde Haare“, beziehen sich Kinder in der mittleren und späten Kindheit meist auf Aktivitäten, Fähigkeiten und Handlungen. Dies wird noch gesteigert, indem die eigenen Fähigkeiten in Bezug zum Können anderer gesetzt wird. Es geht nun nicht mehr darum, was die Kinder können, sondern wie gut sie dies im Vergleich zu anderen können. (Fuhrer 2000; Prücher 2002; Mummendey 2006)
- Laut Studien (Pior 1998; Prücher 2002) ist eine generelle Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Grundschulalter zu verzeichnen.
- Der Vergleich mit signifikanten Anderen ist im Schulalter sehr bedeutsam. Kinder konstruieren nicht nur Selbstäußerungen/Selbstbeschreibungen aufgrund dieser Vergleichsprozesse, sondern werden auch in ihrem Selbstwert wesentlich davon beeinflusst. Fühlen sich Kinder von ihrer Peergroup ausgeschlossen, entwickeln sie unter Umständen ein negatives Selbstwertgefühl (Mummendey 2006, 146).
- Kinder der späten Kindheit können mehrere Aspekte der Persönlichkeit, selbst wenn diese ambivalent sind, erfassen, die auch über veränderte Situationen hinweg konsistent sind und in ein Gesamtkonzept zusammenführen. (Harter 1983; Pior 1998; Mummendey 2006)
- Das Denken der Kinder ist anfangs noch intuitiv und wird von direkten Wahrnehmungen beeinflusst (konkret-operationales Stadium). Mit zunehmendem Alter (formal-operationales Stadium) gelingt es ihnen, differenzierte Selbstbeschreibungen in einfachen Abstraktionen zu integrieren: zum Beispiel „Ich bin intelligent“. Untergeordnete Eigenschaften werden zu übergeordneten zusammengefasst, wodurch das Selbstkonzept weiter ausdifferenziert wird. (Piaget, Inhelder 1977; Harter 1983)
- Die Entwicklung des logischen Denkens ist nach Piaget und Inhelder (1977) sowohl von gewissen Gehirnstrukturen als auch von einem förderlichen sozialen Milieu abhängig. So können bestimmte erzieherische und kulturelle Einflüsse die

Aktualisierung gewisser Gehirnstrukturen wesentlich beschleunigen oder auch verzögern, was wiederum Einflüsse auf die Selbstkonzeptentwicklung nehmen könnte.

- Laut Forschungsergebnissen können einzelne spezifische Selbstkonzeptbereiche nicht nur im Vor- und Grundschulalter erfasst werden, sondern weisen auch bereits eine gewisse zeitliche Stabilität auf (Marsh et al. 1991; Asendorpf 1996). Dies konnten auch Pior (1998) und Prücher (2002) in ihren Untersuchungen bestätigen.

2.3 Frühe und späte Adoleszenz

In diesem Kapitel soll auf die Selbstkonzeptentwicklung in der frühen und späten Adoleszenz eingegangen werden. Zuvor ist jedoch die Altersphase „Adoleszenz“ genauer zu definieren.

Im amerikanischen Forschungsbereich ist es üblich, die Zeit vom 10. bis zum 14. Lebensjahr als Frühadoleszenz, die Zeit vom 15. bis zum 17. Lebensjahr als mittlere Adoleszenz und die Zeit vom 18. bis zum 25. Lebensjahr als Spätadoleszenz zu bezeichnen. Differenzen zur europäischen Forschung bestehen darin, dass die Adoleszenz nicht so früh wie in der amerikanischen Forschung angesiedelt wird und auch zwischen Buben und Mädchen getrennte Entwicklungslinien vorgenommen werden, da Mädchen ein Entwicklungsvorsprung von ungefähr 1 bis 2 Jahren zugeschrieben wird. (Fend 1994, 13f) Angesichts der Tatsache, dass die körperlichen Entwicklungen immer früher einsetzen und es sowohl nach oben als auch nach unten hin Abweichungen gibt, scheint der oben angeführte Zeitraum realistisch und wird für die vorliegende Untersuchung übernommen.

Ab dem 11./12. Lebensjahr (Stufe des „abstrakten Denkens“ nach Piaget) beginnen Jugendliche ihre Selbstbeschreibungen zu differenzieren, indem unterschiedliche abstrakte Merkmale ihres Selbst wie z.B. Intelligenz, Kreativität, Einfallsreichtum etc. in ein Gesamtkonzept integriert werden. Zusätzlich beginnen sie auch stärker auszudifferenzieren, was sie innerlich sind, was sie sein wollen und nach außen hin darstellen. (Fend 1994, 202) Allgemein kann festgehalten werden, dass die Suche nach der eigenen Identität, nach dem, was man wirklich ist, in dieser Zeit klar im Vordergrund steht (Fend 1994, 52). In der Adoleszenz treten vor allem viele körperliche, soziale und kognitive Veränderungen ein,

wodurch bisherige Selbstschematisierungen in Frage gestellt werden. AutorInnen (Fend 1994; Pinquart, Silbereisen 2000; Mummendey 2006) sprechen von einer vermehrten Zuwendung nach „innen“. Die Jugendlichen beginnen sich intensiv selbst zu beobachten und über sich nachzudenken. Dabei werden nach Fend (1994, 113) drei Bereiche der eigenen Person besonders wichtig: die schulische und berufliche Entwicklung, das äußere Erscheinungsbild und die soziale Stellung der eigenen Person in der Peergroup.

Das schulische und berufliche Selbstkonzept nimmt in dieser Zeit eine wichtige Stellung ein, da die Jugendlichen zunehmend selbstständiger werden und Eigenverantwortung übernehmen. Sie müssen sich selber finden und sich ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten bewusst werden, da nun wichtige Entscheidungen für das spätere Leben getroffen werden müssen, wie zum Beispiel die zukünftige Berufswahl. Dies setzt auch voraus, selbstbezogene Kognitionen bezüglich eigener Schwächen oder Stärken zu entwickeln, wodurch sowohl kognitive als auch selbstreflexive Prozesse nötig werden. (Pinquart, Silbereisen 2000, 75)

In der Pubertät beginnt sich auch der Körper der Kinder zu verändern und die Geschlechtsrolle herauszukristallisieren, wodurch die Entwicklung der Identität bedeutend beeinflusst wird. Das äußere Erscheinungsbild (Körperkonzept) hängt nach Pinquart und Silbereisen (2000, 77) wesentlich mit dem Selbstwertgefühl Jugendlicher zusammen. So zeigt Harter (1990), dass ein positives Körperkonzept im Jugendalter die wichtigste Quelle der globalen Selbstwertschätzung einnimmt (a.a.O.). Mädchen beurteilen sich nach Fend (1994, 127) bezüglich ihrer Attraktivität durchgehend negativer als Buben. Dies läge jedoch nicht daran, dass Mädchen tatsächlich weniger attraktiv seien, sondern vielmehr an den höheren Standards, die sich Mädchen als Maß für ihr Äußeres legen würden. Verstärkt würde dies noch durch die Medien und die Bedeutung der „Schönheit“ in unserer Kultur, wodurch Mädchen eher ihre Makel anstatt ihrer Vorteile wahrzunehmen scheinen. Fend (1994, 132) macht in seinen Studien auch deutlich, dass ein Zusammenhang zwischen der eigenen wahrgenommenen Attraktivität der Jugendlichen und ihrer Akzeptanz in der Peergroup besteht.

Im Jugendalter entwickeln sich Selbstkonzepte hauptsächlich aufgrund von Vergleichen mit Gleichaltrigen (Mummendey 2006, 100). Die sozialen Mitkonstrukteure des Selbstkonzeptes der Jugendlichen sind nun nicht mehr vorwiegend die Eltern, sondern gleichaltrige FreundInnen. Eine Studie von Silbereisen und Zank (1984) zeigte, dass

Jugendliche der 9. und 10. Klasse Bewertungen durch Freunde als bedeutsamer ansahen, als SchülerInnen unterer Klassen. Bewertungen durch die Eltern verloren dagegen zunehmend an Bedeutung. Zusätzlich gaben nach Steinberg (1999) Jugendliche bei der Frage, welche Menschen ihnen am wichtigsten sind, etwa zu 50% Gleichaltrige an. Daraus lässt sich folgern, dass die Anerkennung durch Gleichaltrige ein wesentlicher Faktor für die Selbstbewertung ist bzw. der Ausschluss aus der Peergroup oder negative Bewertungen Gleichaltriger wesentlich dazu beitragen, ob Jugendliche ein vermindertes Selbstwertgefühl entwickeln. (Pinquart, Silbereisen 2000, 85) Bewertungen anderer können daher auch eine Bedrohung und Konfrontation für das Selbst darstellen. Dies entsteht zum Beispiel dadurch, wenn die Erwartungen der Eltern denen der Peergroup widersprechen. Deshalb entstehen in dieser Zeit oft unterschiedliche Selbstbilder („multiple Selbste“), da der/die Jugendliche in verschiedenen Situationen verschiedene Rollen und Beziehungsstrukturen einnimmt. Aus den Rückmeldungen der anderen, die ihnen gleichsam einen Spiegel vorhalten (siehe Cooley Kapitel 1.2), konstruieren sie Bilder von sich selbst. Hierzu sind hohe kognitive Fähigkeiten notwendig, die sich erst in der Adoleszenz vollständig entfalten. Indem es Jugendlichen möglich ist, abstrakt zu denken und sich selbst zum Gegenstand des Denkens zu machen, können sie aus den verschiedenen Rollen- und Perspektiveneinnahmen ihr Selbstbild konstruieren und mehrere Merkmale, sowohl günstige als auch ungünstige, in ihr Selbst integrieren. (Fend 1994, 200f)

Dies gelingt jedoch nicht allen gleich gut, da Personen in unterschiedlichem Maße über sich selbst reflektieren (Fend 1994, 98). Bei der Entwicklung der Selbstreflexion sind zwei Aspekte bedeutsam: Mädchen reflektieren mehr über sich selbst als Buben und das Bildungsniveau hängt signifikant mit der Höhe der Selbstreflexion zusammen (Fend 1994, 107). So weisen SchülerInnen mit höherem Leistungsniveau eine höhere Selbstreflexion auf (Fend 1994, 110). Zusätzlich sind die Selbstbeschreibungen von Kindern in höheren Schulen nach Fend (1994, 79) differenzierter. In einer Schweizer Studie (1992) wurde herausgefunden, dass erhöhte Selbstreflexion jedoch auch zu Unsicherheit und Verwirrung über die eigene Person führen kann (Fend 1994, 104). Der/die Jugendliche muss in der Adoleszenz versuchen, ein Gleichgewicht zu schaffen, zwischen dem, was er/sie ist (Realselbst) und dem, was er/sie werden will (Idealselbst). Dadurch werden Gegebenheiten hinterfragt, Neues ausprobiert und Werte der Gesellschaft mit eigenen Werten verarbeitet (Fend 2000, 79). Auf der Suche nach ihrem „wahren Selbst“ schwanken Jugendliche oft

von einem Extrem zum anderen, bis sie „sich selbst bewusst werden“, was sie sind. Nach Blasi (1993, 126) setzt die Suche nach der eigenen Identität die Erarbeitung eines Selbstbildes, eines inneren Selbst, voraus.

Im Folgenden sollen noch einmal die wichtigsten Aspekte für die Selbstkonzeptentwicklung in der Adoleszenz zusammengefasst werden, da die Fallgruppe der vorliegenden Forschungsarbeit auch Kinder in der „Frühadoleszenz“ umfasst:

- Ein positives Körperkonzept stellt im Jugendalter eine wichtige Quelle der globalen Selbstwertschätzung ein. Mädchen beurteilen sich dabei durchgehend negativer als Buben bezüglich ihrer Attraktivität und in ihrem Selbstwert (Fend 1994, 127).
- Das schulische und berufliche Selbstkonzept ist in dieser Zeit sehr wichtig, da nun bedeutende Entscheidungen für das spätere Leben getroffen werden müssen (Pinquart, Silbereisen 2000, 75).
- Gleichaltrige konstruieren das Selbstkonzept von Jugendlichen mit. Die Bewertungen der Peergroup sind für die Selbstbewertung der Jugendlichen mehr als bedeutsam. Der Ausschluss aus der Peergroup oder deren negative Bewertungen können dazu beitragen, dass ein vermindertes Selbstwertgefühl entwickelt wird. (Pinquart, Silbereisen 2000, 85; Mummendey 2006, 146)
- Die Adoleszenz ist geprägt von unterschiedlichen Selbstbildern („multiple Selbste“), da in verschiedenen Situationen verschiedene Rollen eingenommen werden. Durch die Fähigkeit des abstrakten Denkens, kann sich der/die Jugendliche selbst zum Gegenstand des Denkens machen und aus verschiedenen sozialen Rollen sein/ihr Selbstbild konstruieren. Mehrere Merkmale, sowohl günstige als auch ungünstige, werden im Selbst integriert. (Fend 1994, 200f)
- Das Maß der Selbstreflexion hängt sowohl mit dem Geschlecht (Mädchen reflektieren mehr über sich selbst als Buben), als auch mit dem Bildungsniveau (höheres Bildungsniveau führt zu einer vermehrten Selbstreflexion) zusammen (Fend 1994).

In Kapitel 2 wurde nun die Entwicklung des Selbstkonzeptes von der frühen Kindheit bis in die Adoleszenz aufbereitet, um vor allem Selbstkonzeptaspekte von Kindern in der „späten Kindheit“ und „frühen Adoleszenz“ heraus zu kristallisieren, da die Fallgruppe dieser

Untersuchung krebskranke Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren umfasst und in diese Entwicklungsbereiche einzuordnen sind.

Der Mensch bildet im Laufe der Zeit Erwartungen und Einstellungen über sich selbst und konstruiert so ein Bild von sich selbst. Dieses verändert sich jedoch im Laufe des Lebens. Von verschiedenen AutorInnen (Piaget 1969; Harter 1983; Filipp 1984 etc.) wurde immer wieder versucht, die Entwicklung des Selbst in bestimmte Stufen und Phasen einzuteilen. Allgemeingültige Aussagen über die Selbstkonzeptentwicklung lassen sich jedoch nach Filipp (1984) und Mummendey (2000; 2006) kaum treffen, da die meisten Studien hierzu methodisch angreifbar scheinen. Sie stützen sich oft nur auf freie Beobachtungen/Fallgeschichten von ErzieherInnen (Mummendey 2006, 98). Vor allem zuverlässige Längsschnittuntersuchungen zu Selbstkonzeptentwicklungen über mehrere Jahre sind aufgrund methodischer Mittel schwer durchzuführen (Mummendey 2000, 31). Trotzdem ermöglichen es solche Modelle und Studien, inhaltliche Aspekte für das Selbstkonzept in unterschiedlichen Altersstufen herauszuarbeiten und so Annahmen für weitere Forschungsarbeiten abzuleiten.

So kann angenommen werden, dass das Selbstkonzept in der „späten Kindheit“ und „frühen Adoleszenz“ vor allem durch die Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt und in der sozialen Interaktion mit anderen (Peergroup) erworben und verändert wird. Soziale Vergleichsprozesse in schulischen und sportlichen Aktivitäten stehen im Vordergrund und Selbstäußerungen beziehen sich auch vorwiegend auf Fähigkeiten und Handlungen in diesen Bereichen. Im Grundschulalter werden die eigenen Fähigkeiten meist noch überschätzt und weichen mit zunehmendem Alter realistischeren Einschätzungen. Die Akzeptanz innerhalb der Peergroup ist in dieser Zeit sehr wichtig und beeinflusst das Selbstwertgefühl der Kinder wesentlich, wobei die Gefahr besteht, dass der Ausschluss aus der Peergroup oder deren negative Bewertungen zur Entwicklung eines verminderten Selbstwertgefühls beitragen kann. Weiters können bestimmte erzieherische und kulturelle Einflüsse nicht nur die Aktualisierung gewisser Gehirnstrukturen (Entwicklung der Intelligenz) beschleunigen oder auch verzögern, sondern auch Einfluss auf das gesamte Selbstkonzept nehmen.

Im nächsten Großkapitel soll nun darauf eingegangen werden, inwiefern das Selbstkonzept eine gewisse Stabilität aufzeigt oder auch welche Determinanten dazu führen, dass es im Laufe der Zeit verändert wird, das bereits in diesem Kapitel angedeutet wurde.

3 Stabilität und Veränderung in Selbstkonzepten

Der Mensch erhält im Laufe seines Lebens viele Informationen über sich selbst, sei es durch Fremdzuschreibungen in der sozialen Interaktion mit anderen, sei es durch Beobachtungen des eigenen Verhaltens und der Selbstreflexion. Die erhaltenden Informationen werden anschließend verarbeitet und in einem Konstrukt, dem Selbstkonzept, gespeichert. All dies wurde schon eingehend erläutert. Nach Mummendey (2006, 89) können im Laufe der Entwicklung jederzeit neue Themen ins Selbstkonzept aufgenommen werden und andere Bereiche wiederum in den Hintergrund treten, wodurch allgemeingültige Aussagen über die Selbstkonzeptentwicklung grundsätzlich erschwert werden. Welche Determinanten beeinflussen das Selbst eines Menschen so weit, dass Einstellungen verworfen und neue Strukturen gebildet werden? Wie die Darstellung in Kapitel 2 zeigt, differenziert sich das Selbstkonzept entwicklungsbedingt immer weiter aus und verändert sich somit. Es kann aber auch aufgrund anderer Determinanten z.B. Berufswechsel, veränderte Lebenssituation, schwere Erkrankung zu Selbstkonzeptveränderungen kommen, worauf in diesem Kapitel Bezug genommen wird, da dies das zentrale Anliegen der Forschungsfrage dieser Arbeit darstellt. Trotzdem ist in der Literatur immer wieder die Rede von einem „stabilen Kern“, einer unverwechselbaren Identität. In diesem Kapitel soll geklärt werden, wie sich dieser vermeintliche Widerspruch „stabil“ versus „veränderbar“ vereinen lässt und welche Bedeutung dies für die vorliegende Forschungsarbeit hat.

3.1 Stabilität von Selbstkonzepten

Die Funktion des Selbstkonzeptes ist die einer Orientierungshilfe für das eigene Verhalten und Handeln. Es bietet einen aufgrund bereits gemachter Erfahrungen gebildeten Rahmen, in dem neue Informationen eingeordnet werden, sodass sich der Mensch besser orientieren kann. (Laskowski 2000, 22f) Auch wenn sich das Selbstkonzept an neue Situationen anpassen muss, worauf noch eingegangen wird, ist in der Literatur immer wieder von einem „stabilen Kernselbst“ die Rede, das für Kontinuität verantwortlich ist. In ihm sind Merkmale gespeichert, die für die Person mit hoher Wahrscheinlichkeit dauerhaft angenommen werden und für diese bedeutsam sind. Dieses Kernselbst wird aktiviert, um sich in unterschiedlichen Situationen konsistent verhalten zu können. Der Mensch braucht

ein bestimmtes Maß an Kontinuität und Stabilität, um im Leben gut zurechtzukommen und Kontrollfähigkeit erleben zu können. (Schachinger 2005, 31)

Damit das Selbstkonzept eine Orientierungshilfe für das menschliche Handeln und Verhalten darstellen kann, bedient es sich gewisser Strategien, um einmal gebildete Selbsteinstellungen so lange wie möglich zu erhalten (Laskowski 2000, 23). So sucht sich der Mensch (bewusst oder unbewusst) zum Beispiel aus der Fülle an Informationen, diejenigen heraus, die sein bisheriges Bild bestätigen (selektive Wahrnehmung) (Hoberg 1994, 55). Nach Epstein (1984) werden Informationen, welche die eigene Person betreffen, hierarchisch in ein System nach Postulaten höherer und unterer Ordnung eingegliedert. Dabei ist anzunehmen, dass im Laufe der Entwicklung (Ontogenese) Postulate unterer Ordnung in Postulate höherer Ordnung zusammengefasst werden, sodass strukturelle Veränderungen in Selbstkonzepten über die Zeit hinweg „als Prozesse zunehmender Hierarchisierung und Generalisierung selbstbezogener Kognitionen“ (Filipp 1980, 118) zu verstehen sind. Das heißt, je höher ein Postulat geordnet wird, desto stabiler wird es und kann nur schwer verworfen werden, da der Mensch an seinen bisher gebildeten Selbstkonzeptvorstellungen festhält (siehe Kapitel 1.2). Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Wird ein Schüler in der Schule von den Lehrern öfters als „dumm“ bezeichnet, so wird er mit der Zeit daran glauben, dass er „dumm“ ist und auch erwarten, dass er schlecht in der Schule abschneidet. Diese Erwartungen beeinflussen die Wahrnehmung selbstbezogener Informationen aus der Umwelt, sodass vorwiegend jene Informationen aufgenommen werden (selektive Wahrnehmung), die das Selbstbild „Ich bin dumm“ bestätigen, wodurch das negative Selbstbild stabilisiert wird. (Laskowski 2000, 23)

Stabile Selbstbilder können jedoch nicht nur bestimmte Selbstannahmen verfestigen, sondern dadurch auch das Verhalten bzw. künftige Handlungsweisen eines Individuums verändern und beeinflussen. Demnach trauen sich Menschen mit einem positiven Selbstkonzept mehr zu, gehen zielgerichtet an ihr Vorhaben heran und werden weniger durch Selbstzweifel in ihrer Handlungsfähigkeit gestört. (Laskowski 2000, 8f) Auch die Interaktion mit anderen Personen wird durch das Selbstkonzept bestimmt. So sind Menschen mit einem negativen Selbstkonzept angespannter, vorsichtiger und unsicherer im Umgang mit anderen. Weiters haben diese weniger Vertrauen in ihre Mitmenschen. (Laskowski 2000, 28) Studien belegen, dass Personen mit hohem Selbstwertgefühl eine

optimistische Lebenseinstellung haben und fähig sind äußerem Druck, ohne größere Angst auszuhalten. Bei Enttäuschung sind diese Menschen fähig, sich schnell zu erholen. Im Gegensatz dazu neigen Personen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl zu einer geringen Frustrationstoleranz, zu einer pessimistischen Lebenseinstellung und benötigen bei Misserfolg eine lange Erholungsphase. (Epstein 1984, 19) Es wird sogar angenommen, dass sich das Verhalten an das Selbstkonzept anpasst. Wenn z.B. jemand davon ausgeht, dass er technisch unbegabt ist, wird er bei technischen Problemen im Haushalt prinzipiell davon ausgehen, dass er diese nicht lösen kann und beim Auftreten von anfänglichen Schwierigkeiten schneller aufgeben als andere, weil er sich dies ja schon gedacht hat. Durch das schnelle Aufgeben kommt er nicht zu Erfolgserlebnissen in diesem Bereich und bestätigt seine Annahme im Sinne einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ (Laskowski 2000, 34)

Die Selbstkonzeptforschung geht jedoch davon aus, dass der Mensch ursprünglich ein positives Bild von sich selbst hat, dieses auch zu schützen und gegenüber anderen auch so darzustellen versucht (Mummendey 2000, 13). In Studien (Stahlberg, Osnabrügge und Frey 1985) kam man zu folgenden Ergebnissen:

- Individuen meiden die Aufnahme von für die eigene Person ungünstigen Informationen, hingegen suchen sie gezielt nach günstigen.
- Individuen neigen dazu, ihre positiven Eigenschaften zu überschätzen und ihre negativen Eigenschaften zu unterschätzen und gleiche Eigenschaften bei sich selbst günstiger wahrzunehmen als bei anderen.
- Persönlicher Erfolg wird eher aufgrund der eigenen Fähigkeiten und Handlungen zugeschrieben, die Ursache für Misserfolg wird meist anderen Personen oder äußeren Umständen zugeschrieben. (Mummendey 2000, 37)

In der früheren Selbstkonzeptliteratur wird der Standpunkt vertreten, dass der Mensch im Laufe seines Lebens ein einigermaßen stabiles und überdauerndes Selbstkonzept erwirbt, um Kontrolle über sich und seine Umwelt ausüben zu können (Filipp 1978; Epstein 1984). In der neueren Literatur (Mummendey 2000; Schachinger 2005) wird zwar auch davon ausgegangen, dass das Selbstkonzept über die Zeit hinweg stabiler wird, jedoch nicht statisch bleibt. Die zunehmende Stabilisierung könnte nach Schachinger (2005, 32) darauf zurückzuführen sein, dass der junge Mensch noch experimentiert und verschiedene Rollen

und Lebensformen ausprobiert. Erst im Erwachsenenalter wird das Bedürfnis nach Sicherheit, Stabilität und Kontinuität größer. Auch die Diskrepanz zwischen Realselbst (wie jemand ist) und Idealselbst (wie jemand sein will) verringert sich laut Mummendey (2000, 31) im fortschreitenden Alter, das zum Beispiel in einer Studie an LehrerInnen verschiedener Altersgruppen bestätigt werden konnte. Es gibt aber auch andere Befunde (Pior 1998, 124; Prücher 2002, 56), die zeigen, dass Selbstkonzepte bereits im Vor- und Grundschulalter über eine gewisse zeitliche Stabilität aufweisen, in dem Sinne, dass sich Kinder selbst in einer Weise sehen, die auf festen Einstellungen gegenüber sich selbst beruhen (siehe Kapitel 2.2).

Trotzdem ist das Selbst eines Menschen nach Schachinger (2005, 31) nicht statisch, sondern dynamisch. Gerade die heutige Zeit ist geprägt durch einen schnellen Wandel, sodass Flexibilität in jeglichen Bereichen verlangt wird. Nicht nur, dass sich die Lebenskontexte immer wieder verändern, sondern es wird auch nötig, in verschiedenen Situationen flexibel reagieren und handeln zu können, wodurch das Selbst eines Menschen beeinflusst wird. Die Lebensgeschichte eines Menschen ist erst in den letzten Jahren in den Blickpunkt der Selbstkonzeptforschung getreten. Lange Zeit wurde der Faktor „Situation“ (situative Kontexte) und Zeit in die Selbstkonzeptprozesse nicht miteinbezogen. Mitte der 1970iger wurde begonnen, auch diese Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Vor allem stellt sich dabei die Frage nach der Sicherung einer konstanten Identität und einer flexiblen Anpassung an veränderte Lebenskontexte. (Filipp 2000, 9f) Wird nochmals die Selbstkonzeptentwicklung in der frühen Kindheit betrachtet, wo das Kind erst durch die Unterscheidung von „Selbst“ und „Umwelt“ lernt, dass es eine „distinkte Entität“³ (Filipp 1980, 114) ist, macht dies deutlich, dass sich das Wissen über die eigene Person nur aus der Interaktion „mit der jeweils gegebenen sozialen und/oder gegenständlichen Außenwelt konstituieren [kann]“ (Filipp 1980, 119). Welche selbstbezogenen Informationen erworben werden können, hängt demnach von dieser Wechselbeziehung „Selbst-Umwelt“ ab. Gergen (1984, 78f) konnte in seinen Untersuchungen feststellen, dass das Selbstkonzept je nach sozialem Kontext Schwankungen unterworfen ist, wodurch sich ein Zusammenhang zwischen der Stabilität von Selbstkonzepten und der Stabilität von Umwelten herstellen lässt. Selbstkonzepte sind demnach solange stabil, wie auch äußere Lebensbedingungen (Beruf, Wohnsituation etc.) konstant bleiben. Wenn sich die Umwelt ändert, hat dies

3 Entität = das Sein (o. A. [2009], [1]); distinkt = getrennt, unterscheidend (o. A. [2009], [1])

dementsprechend Einfluss auf das Selbstkonzept. (Gergen 1984, 86) Dies deckt sich mit der Ansicht von Filipp, nach der eine Stabilisierung der auf die eigene Person bezogenen Selbstkognitionen erst dann zu erwarten ist, wenn die Person in ein „semi-stabiles Beziehungsgefüge zu ihrer Umwelt eingebettet ist und sie die Relationen zwischen sich und ihrer Umwelt als hinreichend invariant konstruiert hat“ (Filipp 1980, 122).

Aus einer ganzheitlichen Sichtweise betrachtet, benötigt der Mensch sowohl Veränderung und Abwechslung (variables Selbst), als auch Stabilität und Sicherheit (Kernselbst) in seinem Leben. Veränderungen im Selbstkonzept eines Menschen können entwicklungsbedingt, bewusst initiiert oder auch unvorhersehbar eintreffen z.B. durch eine Erkrankung, worauf nun näher eingegangen wird, da der Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit darauf ausgerichtet ist, herauszufinden, welchen Einfluss die Erkrankung „Krebs“ auf das Selbstkonzept des Kindes nimmt.

3.2 Veränderungen von Selbstkonzepten

Während in früheren Arbeiten der Selbstkonzeptforschung eher von einem stabilen Selbst ausgegangen wird, rückt das flexible, variable Selbst immer mehr in den Fokus von Forschungsarbeiten (Hannover 2000; Schachinger 2005). So spricht Schachinger (2005, 31) von einem so genannten „variablen Rollenselbst“, das sich verschiedenen Situationen anpasst, dynamisch und veränderbar ist. Ausgehend von einem inneren Kern kann angenommen werden, dass sich das Rollenselbst sozusagen peripher um das Kernselbst lagert (siehe Kapitel 2.3.2.2) und in bestimmten spezifischen Situationen handlungsleitend wird. Daher treten in unterschiedlichen Lebensphasen verschiedene (periphere) Teilaspekte des Selbst in den Mittelpunkt wie in der frühen Kindheit das Körperkonzept, in der mittleren Kindheit das Fähigkeitskonzept etc., je nachdem welche Entwicklungsaufgabe zu bewältigen ist. Weiters werden die Selbstbeschreibungen mit zunehmendem Alter und erweiterten kognitiven Fähigkeiten differenzierter. Dies zeigt, dass das Selbstkonzept im Laufe der Entwicklung nicht nur einem thematischen Wandel (Inhalte, die sich die Person selbst zuschreibt, wie sie sich darstellt), sondern auch einem strukturellen Wandel (Ausdifferenzierung/Verknüpfungen der Selbstbeschreibungen) unterworfen ist. (Filipp 1978, 129; Mummendey 2006, 88) Die Rede ist also von entwicklungsbedingten Veränderungen, auf die nun nochmals kurz eingegangen wird.

3.2.1 Entwicklungsbedingte Selbstkonzeptveränderungen

In Kapitel 2 wurde aufgezeigt, dass nicht nur verschiedene Bereiche zu unterschiedlichen Zeiten im Selbstkonzept wichtig werden z.B. in der frühen Kindheit der eigene Körper, in der mittleren Kindheit die eigenen Fähigkeiten, sondern auch die Weiterentwicklung der kognitiven Fähigkeiten zur Veränderung/Erweiterung innerhalb des Selbstkonzeptes führen (Mummendey 2006, 88f). Studien (Harter 1983; Filipp 1984; Baldering 1993; Prücher 2002) belegen, dass mit zunehmendem Alter die Selbstbeschreibungen nicht nur abstrakter, sondern weiter ausdifferenziert und situationsvariabler werden.

In der Selbstkonzeptforschung wird auch angenommen, dass das Kind generell ein positives Selbstkonzept entwickelt, wenn die kindliche Entwicklung einigermaßen ungestört verläuft, also ein kindgerechtes Milieu vorzufinden ist, es eine unauffällige Sozialisation erfährt und nicht besonderen Belastungen ausgesetzt ist (Baldering 1993, 37). Dies kann mit der Intelligenz eines Kindes verglichen werden. Auch wenn diese zum Teil genetisch vorgegeben ist, benötigt sie gewisse Bedingungen (Förderung), um sich entfalten zu können, worauf schon Piaget und Inhelder 1977 (siehe Kapitel 2.2.1) hinweisen. Wächst das Kind nun in einem ärmlichen Milieu, sodass kein Schulbesuch leistbar ist, würde die Intelligenz des Kindes trotz Veranlagung gewissermaßen verkümmern. Erst durch das Zusammenwirken von genetischen Gegebenheiten und entsprechenden Umweltbedingungen, kann sich diese voll entfalten (Schachinger 2005, 87). Wenn das Kind nun jedoch besonderen Belastungen ausgesetzt ist, kann sich das Selbstkonzept verändern, worauf im Folgenden ausführlich Bezug genommen wird.

3.2.2 Selbstkonzeptveränderungen aufgrund anderer Determinanten

In der jüngeren Selbstkonzeptforschung wird dem Faktor „Situation“ wieder mehr Beachtung geschenkt. „Situation“ in dem Sinne, dass selbstbezogene Informationen immer in einer konkreten Situation bereitgestellt und in diesem Kontext auch verarbeitet und gespeichert werden. So können zum Beispiel ein Wechsel in neue Lebensräume oder die Veränderung von sozialen Bezugsgruppen als Veränderungen in den Selbstkonzepten eingehen. (Gergen 1984, 78; Filipp 2000, 9f). Einige Studien belegen dies. So kam Hormuth (1990, 1991) in seinen Arbeiten über Selbstbildänderungen zu dem Ergebnis, dass Wohnumgebungsveränderungen zu Änderungen im Selbstkonzept führten, als Ergebnis der veränderten Beziehung zwischen Individuum und seiner Umgebung (Mummendey 2000, 34). Auch Krug und Peters (1977) fanden heraus, dass Veränderungen in den sozialen

Bezugsgruppen, in denen Vergleichsprozesse stattfanden, zu Selbstkonzeptveränderungen führten. So habe sich zum Beispiel das Selbstkonzept der Begabung von minderbegabten Kindern nach ihrer Einweisung in eine Sonderschule deutlich erhöht. (Filipp 1980, 121)

„Situationsveränderungen“ können im Leben eines Menschen bewusst initiiert werden (z.B. Jobwechsel) oder auch unvorhersehbar eintreffen (z.B. Erkrankung). Veränderungen lösen meist Angst und Unsicherheit bei der betroffenen Person aus, da sie noch nicht weiß, wie sie sich richtig verhalten soll und sich erst in die neue Situation einleben muss. Daher wird diese Zeit oft als „Krise“ bezeichnet. (Laskowski 2000, 164f) Filipp (1995, 23f) spricht von so genannten „kritischen Lebensereignissen“, die dadurch definiert werden, dass es sich um solche Ereignisse handelt, die zu veränderten Lebenssituationen einer Person führen, wodurch entsprechende Anpassungsleistungen nötig werden. Diese Veränderungen können sowohl durch positive Ereignisse wie eine Heirat bedingt sein, sodass die Person einen gemeinsamen Haushalt gründet und somit ihre Lebensweise umstellen muss. Es kann aber auch zu negativen Lebensereignissen kommen wie der Verlust des Arbeitsplatzes, wodurch die Person in finanzielle Nöte kommen könnte. Kritische Lebensereignisse erfordern sowohl eine Neuanpassung des Verhaltens, als auch die Übernahme neuer sozialer Rollen unter veränderten kontextspezifischen Bedingungen, wodurch es auch zu Selbstkonzeptveränderungen kommen kann (Filipp 1995, 5). Der Mensch muss sich nun neu anpassen, vielleicht alte Einstellungen sich selbst gegenüber verwerfen und andere Bereiche ins Selbstkonzept aufnehmen, die nun wichtiger erscheinen.

Einige wenige Forschungsansätze untersuchen diesen Zusammenhang genauer. So versucht Filipp (1995) herauszufinden, inwiefern Selbstkonzepte von Menschen durch die Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen verändert werden bzw. inwieweit bestehende Selbstkonzepte dem Menschen helfen, solche Ereignisse zu verarbeiten und zu bewältigen. Filipp betont, dass beiden Aspekten kaum Studien gewidmet sind. (Baldering 1993, 34; Filipp 1995, 7f)

Krankheiten und operative Eingriffe gehören zu den dramatischsten Lebensereignissen innerhalb des Lebens eines Menschen (Filipp 1995, 4). Nach Petermann (1995, 53) ist es möglich, die objektive und subjektive Bedeutung kritischer Lebensereignisse innerhalb von Einzelfallanalysen herauszufinden, dem auch in dieser Arbeit nachgegangen werden soll. Dadurch könnten nach Petermann auch die Effekte der Krankheit auf das Selbstkonzept definiert werden. Das Auftreten einer längeren Krankheit führt gezwungenermaßen zu

Verhaltensänderungen bei der betroffenen Person. Sie muss vielleicht ihre eigene Selbstständigkeit für die Krankenpflege aufgeben oder ihr Körper verändert sich etc. Solche Verhaltensänderungen können dazu führen, dass sich auch die Einstellungen zur eigenen Person verändern (Mummendey 1995, 253f). Mummendey (1995, 260ff) kam in einer Untersuchung an 100 Personen über Selbsteinschätzungen zu dem Ergebnis, dass eine längere Krankheit zu einer Abnahme an Geselligkeit führt und dass sowohl das Verantwortungsbewusstsein für sich selbst als auch das Verständnis für andere danach erhöht ist. Dies deutet darauf hin, dass sich das soziale Selbstkonzept dieser Personen durch das kritische Lebensereignis „Krankheit“ verändert hat. Weiters berichten Studien (Kellerman et al. 1980; Eiser 1985) speziell bei Krebserkrankten über ein negatives Selbst- und Körperbild aufgrund der körperlichen Veränderungen durch die Erkrankung und über eine geringere Selbstachtung (Petermann et al. 1987, 83). Auch Laskowski (2000, 166) betont, dass kritische Lebensereignisse das Selbstkonzept verändern, es jedoch noch wenig untersucht wurde, in welcher Form sie es verändern. Zusätzlich merkt die Autorin an, dass einige Selbstkonzeptaspekte (z.B. geistige Leistungsfähigkeit) relativ stabil zu sein scheinen, während andere stetigen zeitlichen Veränderungen unterworfen sind.

Mit der vorliegenden Diplomarbeit soll an die Diskurse Philipps (1995) angeknüpft werden, indem untersucht wird, welchen Einfluss die lebensbedrohliche Krankheit Krebs auf das Selbstkonzept des krebserkrankten Kindes nimmt und warum eine derartige Selbstkonzeptforschung für die Bildungswissenschaften bzw. für die Heil- und integrative Pädagogik Relevanz hat.

4 Die Relevanz der Erforschung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder für die Bildungswissenschaften

Wie bereits erläutert, stellt die Diagnose einer längeren Krankheit nach Filipp (1995, 4) ein so genanntes „kritisches Lebensereignis“ dar und kann somit Einfluss auf das Selbstkonzept eines Menschen haben. In dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welchen Einfluss das kritische Lebensereignis „Krebserkrankung“ auf das Selbstkonzept des Kindes nimmt und warum es für die Bildungswissenschaften relevant ist, dieses zu untersuchen. Zuerst wird auf wichtige Aspekte der Krebserkrankung im Kindesalter eingegangen und danach wird erläutert, warum die Untersuchung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder bildungswissenschaftliche Relevanz hat und sich diese Arbeit im heilpädagogischen und integrativen Bereich verortet.

4.1 „Kranksein“ als ein pädagogisch würdiges Problem

Filipp (1995, 4) definiert eine schwere Krankheit, wie z.B. Krebs, als kritisches Lebensereignis. Auch Ertle (2003, 326) meint, dass Krankheit eine „Krise“ in der kindlichen Entwicklung darstellt, wodurch ein „spezieller Förderbedarf“ gegeben sei.

Neben Infektionskrankheiten zählen Krebserkrankungen (Tumore) zu chronischen Erkrankungen (Blanz 1996, 34). Eine chronische Erkrankung wird nach Blanz (1996, 36) dadurch definiert, dass sie häufig unheilbar ist und mindestens drei Monate, in der Regel aber lebenslang, besteht. Statistisch gesehen erkrankt jede/r dritte bis vierte ÖsterreicherIn an Krebs und jede/r fünfte stirbt daran, weshalb der Kampf gegen den Krebs zu den wichtigsten gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Aufgaben unserer Zeit gehört (Schulte-Hermann 1993, 10). Die Aufgabe der Krebsforschung ist unter anderem Verhütung und Heilung von Krebserkrankungen. Durch ihre Erfolge und durch die verschiedenen therapeutischen Methoden ist es heute möglich, ca. 50% aller Krebserkrankungen zu heilen. (a.a.O.)

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegt bei ca. 7-10%. Durch die Behandlung der Krankheiten kann die Lebenserwartung deutlich verbessert werden, trotzdem kommt es zu drastischen Veränderungen innerhalb des Lebens dieser Kinder und Jugendlichen, worauf noch näher eingegangen wird. (Blanz 1996, 34)

Bösartige Krankheiten sind bei Kindern selten. Es handelt sich meist um rasch wachsende Tumore, die jedoch besser auf die Therapie ansprechen, als die Tumore bei Erwachsenen, wodurch die Heilungsrate bei Kindern größer ist. Dadurch hat das Kind eine gute Chance, in ein möglichst normales Leben ohne Behinderungen hineinzuwachsen (Nobile 1992, 11f). Die häufigste Krebsform im Kindesalter ist Leukämie, der so genannte Blutkrebs (ca. 34%). Ein Drittel aller krebserkrankten Kinder leidet an einem Tumor und fast ein Fünftel an einem Hirntumor (Nobile 1992, 21).

Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und die Umstände, dass diese Kinder und Jugendlichen oft ein Leben lang mit den Auswirkungen der Krankheit umgehen lernen und diese Krise bewältigen müssen, macht es für PädagogInnen notwendig, sich mit diesem Thema innerhalb der Bildungswissenschaften auseinanderzusetzen. Neue Strömungen zeigen, dass das „Kranksein“ junger Menschen als ein der pädagogischen Betrachtung würdiges Problem erkannt“ (Ertle 2003, 326) wurde. Leyendecker und Lammers (2001, 61) betonen, dass schon in den 1970er Jahren darauf hingewiesen wurde, dass PädagogInnen kranke Kinder, neben ÄrztInnen und anderen Fachleuten, am längsten und intensivsten in ihrem Leben begleiten. Denn auch nach der Erkrankung besucht das Kind den Kindergarten oder die Schule und hat somit Kontakt zu PädagogInnen. Hierzu ist es notwendig, die individuellen Lebensumwelten und Bedürfnisse dieser Kinder zu kennen.

In der Literatur (Hertl 1979; Petermann et.al. 1987; Nobile 1992; Petermann 1994; Leyendecker, Lammers 2001) wird immer wieder betont, dass sich krebskranke Kinder durch die chronische Erkrankung ständig in Lebensschwierigkeiten befinden. Jedes Kind setzt sich im Zuge seiner Entwicklung mit körperlichen und geistigen Herausforderungen seiner Altersstufe auseinander, wodurch auch Konflikte jeglicher Art entstehen können. Trotzdem ist es unter normalen Bedingungen meist für das gesunde Kind möglich, diese Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Ein chronisch krankes Kind ist jedoch zusätzlich belastet. Zu den normalen entwicklungsbedingten Aufgaben kommen die Auswirkungen der Krankheit noch hinzu. (Hertl 1979, 23; Petermann 1994, 27f) Dazu zählen nicht nur körperliche Belastungen, sondern auch psychische und soziale Probleme, wie depressive Verstimmungen und Ausgrenzungen in ihrem sozialen Umfeld z.B. durch MitschülerInnen. Krebskranke Kinder weisen häufig äußerliche Veränderungen wie Narben, Haarausfall, Gewichtszunahme etc. auf, worauf das soziale Umfeld unterschiedlich reagiert. Zusätzlich

können vor allem auch in der Schule Rückstände des Schulstoffes zum Vorschein kommen, wodurch Versagensängste auftreten könnten. (Leyendecker, Lammers 2001, 23) All dies kann Auswirkungen auf das Selbstkonzept (Fähigkeitskonzept, Körperkonzept, soziales Selbst etc.) des krebserkrankten Kindes haben, weshalb es wichtig wird zu erfahren, wie diese Kinder über sich selbst denken, wie sie sich wahrnehmen und welche Vorstellungen sie über sich entwickeln. Diese Kenntnisse können vor allem im pädagogischen Feld dazu beitragen, das Kind in seinem Tun und Handeln besser zu verstehen und zu unterstützen.

Sowohl in der Medizin als auch in den Bildungswissenschaften ist nach Frommer und Marotzki eine vermehrte Hinwendung zu biographischen Bezügen und subjektiven Theorien eines Individuums in der Forschung erkennbar. Wurde anfangs der Patient lediglich als „Objekt“ gesehen, das es zu „heilen“ galt, ist die Medizin vom Status des „magischen Heilen[s] zum professionellem Handeln unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten“ (Frommer, Marotzki 2006, 187) übergegangen. Auch in den Bildungswissenschaften hat sich die Absicht des „Erziehens“ nach Frommer und Marotzki (2006, 188) verändert. Wurde der Mensch vor der Aufklärung zu Gehorsam und mechanischem Funktionieren in der Industrialisierung erzogen, wird heute auf Vernunft und Reflexivität des Menschen gesetzt. Die Bildungstheorie beschäftigt sich demnach „mit der zentralen reflexiven Verortung des Menschen in der Welt, und zwar in einem zweifachen Sinne: zum einen hinsichtlich der Bezüge, die er zu sich selbst entwickelt (Selbstreferenz) und zum anderen hinsichtlich der Bezüge, die er auf die Welt entwickelt (Weltreferenz). Bildung ist aus dieser Perspektive der Name für den reflexiven Modus des menschlichen In-der-Welt-Seins“ (Marotzki 1999, 59). Dies verdeutlicht, wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln angeschnitten wurde, dass der Mensch immer in seine Welt (Kultur, ethische Gruppen etc.) eingebunden ist und in diesem Kontext Einstellungen zu sich selbst (Selbstkonzept) entwickelt. Nach Frommer und Marotzki ist es wichtig, die biographischen Bezüge und subjektiven Theorien eines Individuums zu kennen und zu berücksichtigen, um dementsprechend agieren zu können, sei es in der Medizin oder in den Bildungswissenschaften. Vor allem angesichts der höheren Lebenserwartung bei chronischen Erkrankungen „spielen die subjektive Lebensqualität und die Einordnung von Krankheit in Biographie und soziale Bezüge eine entscheidende Rolle“ (Frommer, Marotzki 2006, 187).

Ich möchte mit der vorliegenden Diplomarbeit daher an folgendes Thema innerhalb der qualitativen Bildungsforschung anschließen:

In unterschiedlichen Disziplinen (z.B. Psychologie, Soziologie) wird der Erforschung subjektiver Theorien eines Menschen immer mehr Bedeutung zugesprochen. Seit den 1990er Jahren hat sich die qualitative Forschung mit konkreten Forschungsmethoden wie narratives Interview, problemzentriertes Interview, biographische Methoden, Struktur-Lege-Techniken, teilnehmende Beobachtungen etc. neben quantitativen Verfahren fest in der Sozialwissenschaft etabliert. Ziel in der qualitativen Forschung ist es nicht nur herauszufinden, wie Menschen handeln, sondern auch, warum diese in einer bestimmten Weise handeln. Hierzu hat sich innerhalb eines Forschungsprogramms der Begriff der „subjektiven Theorien“ entwickelt. (König, Zedler 2007, 155f) Diese beinhalten, welche Ziele eine Person für sich selbst als wichtig findet, wie sie denkt, diese erreichen zu können, welche Erklärungen sie für bestimmte Situationen findet etc. (König, Zedler 2007, 157f) Es geht also darum, herauszufinden welche Vorstellungen eine Person über sich selbst und ihre Welt hat. Subjektive Theorien können als komplexes „Aggregat von Kognitionen der Selbst- und Weltsicht“ (König, Zedler 2007, 157) definiert werden, deren Funktion es ist, menschliches Handeln erklären zu können.

Selbstkonzeptforschungen können als Teilbereiche der subjektiven Theorien gesehen werden. „Wissenschaftstheoretisch wird die Selbstkonzeptforschung im Rahmen des Paradigmas *Subjektive Theorien* betrieben.“ (Marsal 1995, 9; Hervorhebung im Original) Das Selbstkonzept umfasst dabei jenen Bereich, der alle selbstbezogenen Kognitionen einer Person einschließt. Solche Theorien sind in den Bildungswissenschaften wichtig, da Vorstellungen, die Menschen über sich selbst entwickeln (Selbstkonzepte), bedeutenden Einfluss auf die Handlungsfähigkeit der Menschen ausüben. Bereits Filipp (1984, 148f) berichtet darüber, wie schon erläutert wurde, dass selbstbezogene Kognitionen dem Individuum beim Planen, Erklären und Kontrollieren von Ereignissen und Handlungen helfen und operativ als sprachliche Äußerungen der Person über sich zu erfassen sind. Laskowski (2000, 8f) betont ebenfalls, dass das Selbstkonzept die Handlungsfähigkeit der Menschen wesentlich beeinflusst. So entwickeln Menschen mit einem negativen Selbstkonzept Unfähigkeitsphantasien über sich selbst, wodurch eine gezielte und schnelle Handlungsdurchführung verhindert wird. Selbstkonzeptuntersuchungen als Teilbereich der subjektiven Theoriegewinnung könnten also Aufschluss darüber geben, welche

Vorstellungen ein Mensch über sich selbst entwickelt hat, wie er sich in seiner Umwelt wahrnimmt und warum er in bestimmten Situationen auf diverse Handlungsweisen zurückgreift.

Wissenschaftliche Methoden „beruhen auf speziellen theoretischen Annahmen der Forschenden, implizieren bestimmte Menschenbild-Konzeptionen und haben gegenstandskonstituierende Funktion, indem sie auf bestimmte Aspekte eines Gegenstandes in einer jeweils besonderen Weise Bezug nehmen und andere u.U. ausblenden“ (Schneider 2003, 125). Subjektive Theorien als bestimmtes Forschungsprogramm stellen das Subjekt mit seinen Vorstellungen und Ansichten in den Mittelpunkt der Forschung. „In den vergangenen 20 Jahren hat sich das wissenschaftliche Interesse in zunehmendem Maße auf das Alltagssubjekt und seine Sichtweisen gerichtet.“ (Schneider 2003, 119) Dabei wurde erkannt, dass subjektive Sichtweisen nicht nur das pädagogische Denken und Handeln der PädagogInnen beeinflussen, sondern auch ihre Wahrnehmung und Beurteilung der Kinder (Schneider 2003, 117).

Schneider (2003, 121f) betont, dass es nur einen geringen Umfang an Studien (Blanke 1987, Ulich 1989, Wolfram 1995) über subjektive Theorien von ErzieherInnen über Erziehungsziele, Auffassungen der Elternarbeit und darüber gibt, was unter „Erziehung“ verstanden wird. Trotzdem wird „die Relevanz subjektiver Theorien von Erzieherinnen für die Qualität der Erziehungs- und Bildungsarbeit ... durchaus gesehen“ (Schneider 2003, 122). Auch Hof (2000, 596) berichtet darüber, dass das „pädagogische Handeln nicht nur von objektiven Handlungsbedingungen und -intentionen abhängt, sondern auch von den subjektiven Theorien der Akteure beeinflusst wird.“

Subjektive Theorien können also nicht nur die pädagogischen Intentionen und Handlungen beeinflussen, sondern auch Auskunft über die vorherrschenden Wertvorstellungen geben, so auch Dippelhofer-Stiem (2000, 327). Erziehung geht immer von einem gewissen Menschenbild aus z.B. nach der Aufklärung wurde der „Mensch als vernünftiges und denkendes Subjekt“ angesehen, wodurch sich nach Frommer und Marotzki (2006, 188) der Bildungs- und Erziehungsbegriff verändert hat. Im Forschungsprogramm „Subjektive Theorien“ wird versucht, solche Annahmen/Vorstellungen, wie eben erklärt, soweit ins Bewusstsein zu erheben, dass sie zu allgemeinen Aussagen führen können (Marsal 1995, 18). Dies könnte zum Beispiel zu einer Typologie führen. So könnten Typen von ErzieherInnen aufgrund deren Verständnis von Bildung gebildet werden.

Typologien machen zentrale Tendenzen im Datenmaterial deutlich und regen dadurch zur „Formulierung von Hypothesen über allgemeine kausale Beziehungen und Sinnzusammenhänge an. Typologien können also ... die Generierung von Hypothesen und die (Weiter-)Entwicklung von Theorien in vielfältiger Weise unterstützen.“ (Kelle, Kluge 1999, 9) Die der Erziehung zu Grunde liegenden implizierten Menschenbilder beeinflussen den Bildungs- und Erziehungsbegriff wesentlich. Subjektive Theorien von ErzieherInnen können diese Menschenbildannahmen und Einstellungen transparent machen und so die Weiterentwicklung von bildungswissenschaftlichen Theorien unterstützen. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass auch die Sicht der „zu Erziehenden“ bedeutsam ist. Städtler-Mach (1998, 62) betont, dass die subjektive Sicht der Kinder meist innerhalb der Forschung vergessen wird, stattdessen werden Theorien über diese erstellt, die auf Annahmen und Hypothesen der ForscherInnen beruhen. So wurde die Kindheitsforschung in der deutschsprachigen sozial- und erziehungswissenschaftlichen Forschung erst in den letzten Jahren systematisch behandelt (Heinzel 2000, 24). Dies liegt vor allem auch daran, dass geeignete methodische Zugänge, die die kindliche Perspektive erfassen könnten, häufig fehlen (Heinzel 2000, 21).

Da hier eine Forschungslücke gesehen wird, möchte ich mit der vorliegenden Diplomarbeit daran anknüpfen und insofern einen bildungswissenschaftlichen Beitrag liefern, indem das Selbstkonzept krebskranker Kinder untersucht wird. Hierfür soll die Sichtweise der Kinder über sich selbst und ihre Krankheit erfasst und transparent gemacht werden, um so zu einem erweiterten theoretischen Verständnis in der qualitativen Bildungsforschung beizutragen. Im nächsten Kapitel wird erklärt, warum sich diese Arbeit im heilpädagogischen Bereich verortet, welche Studien zum Selbstkonzept in diesem Bereich bereits vorhanden sind und welcher Wissenszuwachs durch die vorliegende Arbeit für die Disziplin geliefert werden soll.

4.2 Die Selbstkonzeptforschung in der Heilpädagogik

In einigen geisteswissenschaftlichen Disziplinen wie Philosophie, Psychologie und Soziologie ist die Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept von Menschen innerhalb der Forschung bereits ein wichtiger Bestandteil (Filipp 1984, 9). Innerhalb der Bildungswissenschaften besteht hier großer Nachholbedarf. Während Untersuchungen über

Selbstkonzepte von SchülerInnen, StudentInnen, kriminellen Jugendlichen und Erwachsenen vorliegen, sind im heilpädagogischen und integrativen Bereich nur wenige Beiträge vorhanden. Dies liegt nach Hofmann (2001, 319) vor allem daran, dass Selbstkonzeptforschungen in diesen Bereichen problematisch sind, da sich die Untersuchungsdesigns häufig auf sprachliche Äußerungen beziehen und zum Beispiel geistig behinderte Menschen oft in ihrer verbalen Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt sind. Angemessene Erhebungsinstrumente für diesen Personenkreis fehlen und nonverbale Verfahren wie Bilder, die für diese Menschen leichter zu verstehen wären, existieren kaum. Die Selbstkonzeptforschung im heilpädagogischen Bereich hat jedoch insofern Bedeutung, dass die Bezugsgruppen aufgrund vielfältiger Einschränkungen oft nicht die Möglichkeit haben, sich über sich selbst zu äußern. Die Hinwendung dazu könnte viel Aufschluss über diese Menschen geben und andere Umgangsmöglichkeiten eröffnen.

Studien mit Kindern im heilpädagogischen und integrativen Bereich beschäftigen sich vorwiegend mit dem Zusammenhang zwischen Selbstkonzept und der Leistungsfähigkeit. So untersuchten Möller et al. (2002, 136) die Leistung und das Selbstkonzept lernbehinderter SchülerInnen mit dem Resultat, dass das Selbstkonzept und die Schulleistungen miteinander korrelierten. Auch Wideamann et al. (1992) befragten 1140 SchülerInnen der achten Klasse mit dem Ergebnis, dass Misserfolg in der Schule das Selbstkonzept negativ beeinflusst (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 74). Das Selbstwertgefühl von SchülerInnen mit Sehbehinderungen ist noch wenig erforscht. Es fanden sich aber grundsätzlich keine Unterschiede zwischen dem Selbstkonzept blinder Kinder und sehender Kinder. Eggert, Reichenbach und Bode (2003, 82) betonen, dass die Behinderung selbst nicht das Problem von Selbstkonzeptbeeinträchtigungen ist, sondern viel mehr die negativen Reaktionen der Umwelt ihr gegenüber.

Im Allgemeinen können nach Leyendecker und Lammers chronische Erkrankungen zu den Körperbehinderungen gezählt werden, da „in beiden Fällen [gilt], dass die zu Grunde liegende Krankheit oder körperliche Schädigung nicht nur vorübergehend ist“ (Leyendecker, Lammers 2001, 15). Behinderung ist hierbei in dem Sinne zu verstehen, dass die „soziale[n] Eingliederung aufgrund einer körperlichen Regelwidrigkeit bzw. Schädigung“ (Leyendecker, Lammers 2001, 16) beeinträchtigt wird. Nach dieser Definition von Behinderung, können auch krebskranke Kinder in diese Klassifizierung eingeordnet

werden. Nachdem diese Kinder nicht nur immer wieder durch die längeren Krankenhausaufenthalte aus ihrem normalen Lebensgefüge herausgerissen werden, sondern sich auch der Körper und die Sozialbeziehungen verändern, können psychosoziale und pädagogische Probleme auftreten, sodass eine spezielle Pädagogik dieser Kinder notwendig wird (Hertl 1979, 30; Lange 1992, 41). Auch Ertle (2003, 326) meint, dass Krankheit als ein „spezieller Förderbedarf“ angesichts einer „Krise“ gesehen werden muss. Die Heilpädagogik versucht nach Stimmer (1998, 427) mit jenen Menschen zu arbeiten, die mittels regulärer Pädagogik nicht oder nur unzureichend betreut werden können und versucht diesen eine bessere Lebensbewältigung und soziale Integration zu ermöglichen. Um krebskranken Kindern diesen speziellen Förderbedarf zu ermöglichen, wurden in Krankenhäusern so genannte Heilstättenschulen eingerichtet. „Krankheit als eine neue Situation, mit der ein Kind zurecht kommen muss, ... stellen potenzielle Einflussgrößen für Erziehung und Bildung dar. Hier hat der Pädagoge die Möglichkeit, unterstützend einzugreifen.“ (Leyendecker, Lammers 2001, 15) Untersuchungen über das Selbstkonzept krebskranker Kinder könnten wesentliche Informationen für den Umgang mit diesen Kindern in der heilpädagogischen Betreuung liefern, worauf noch näher eingegangen wird.

Krebskranke Kinder gehören zu jener PatientInnengruppe chronischer Erkrankungen, die außerhalb des Krankenhauses oft am meisten wahrgenommen werden. Auch wenn eine Person keinen direkten Kontakt zu solchen Kindern hat, ist doch eine Vorstellung darüber vorhanden, wie diese aussehen und welches Leid sie erdulden müssen. Trotzdem werden meist das wahre Ausmaß der Krankheit und die spezielle Situation, in der sich diese Kinder befinden, nicht erkannt. (Städtler-Mach 1998, 60) Krebskranke Kinder werden nicht nur während der Erkrankung aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen, sondern auch danach, da sie immer wieder für Nachbehandlungen und Vorsorgeuntersuchungen ins Krankenhaus müssen. Wie es diesen Kindern dabei wirklich geht, was sie empfinden und wie sie sich selbst wahrnehmen, wird oft nicht gesehen. Daher besteht hier großer Nachholbedarf. Städtler-Mach betont, dass die subjektive Sicht der Kinder innerhalb der Forschung meist vergessen wird und Theorien über diese erstellt werden, die lediglich auf Annahmen und Hypothesen der ForscherInnen beruhen. (Städtler-Mach 1998, 62) In dieser Arbeit wird daher die Selbstsicht krebskranker Kinder eruiert, um das Selbstkonzept von krebskranken Kindern ein Stück transparent zu machen. Gerade in der Arbeit mit Kindern hat das Selbstkonzept in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen.

Kinder reagieren sehr unterschiedlich in verschiedenen Lebenskontexten, weil sie unterschiedliche Erfahrungen mit der Umwelt gemacht haben. Nicht selten sind auffälliges Verhalten und wenig Selbstvertrauen auf negative Vorstellungen der Kinder über die eigene Person zurückzuführen. (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 9) Die Erfassung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder könnte daher Aufschluss über ihr Denken, Handeln und Verhalten geben, nicht nur für die Betreuung im Krankenhaus, sondern auch für die Zeit danach im gewohnten alltäglichen Umfeld (zu Hause, in pädagogischen Institutionen, für die Nachbehandlung in Förderzentren etc.), worauf in Kapitel 4.3 noch näher eingegangen wird.

Die spärliche Literatur über Selbstkonzeptforschungen bei krebskranken Kindern und Jugendlichen liefert Berichte über Beziehungsschwierigkeiten, emotionale Labilität und ein instabiles Selbstwertgefühl (Schwarz et al. 1996, 211). Weitere Studien (Koocher, O'Malley 1981; Mulhern et al. 1989) an Langzeitüberlebenden von Krebserkrankungen im Kindesalter zeigten bei fast der Hälfte der Gruppe Anpassungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten (Blanz 1996, 41). Ältere Studien (Kellerman, Katz 1977, Zeltzer 1980) stellten bei jugendlichen KrebspatientInnen eine geringere Selbstachtung und einen Verlust an Selbstvertrauen fest. Weiters ist die Rede von einem negativen Selbst- und Körperbild dieser. (Petermann et al. 1987, 83) Hinzu kommt, dass die existierenden Beiträge widersprüchlich sind, vor allem wegen der unterschiedlichen methodischen Verfahren zur Erfassung des Selbstkonzeptes (Petermann et al. 1987, 53). Selbstkonzeptveränderungen bei einer Krebserkrankung im Kindesalter können nach Schiffermüller (1997, 114) dadurch entstehen, dass sich sowohl das Körperbild verändert, die Selbstständigkeit zum Teil wieder aufgegeben werden muss und Kontakte zu Gleichaltrigen eingeschränkt werden. Erkrankt ein Kind an Krebs, muss es versuchen, sein Selbstbild an die gegebenen Umstände anzupassen. Die Veränderungen im Selbstkonzept sind bedeutend für das Erleben der chronischen Erkrankung, da angenommen wird, dass das Auftreten psychischer Sekundärerkrankungen stark damit zusammenhängt, wie es dem Kind gelingt, sein Selbstbild an die Krankheit anzupassen. Dies weist darauf hin, wie bereits in Kapitel 3 erläutert wurde, dass sowohl eine Krankheit das Selbstkonzept beeinflussen kann, als auch das Selbstkonzept den Umgang mit der Krankheit. So wird davon ausgegangen, dass ein positives Selbstkonzept dazu beiträgt, dass die Krankheitsbelastungen leichter bewältigt werden können, wovon auch die Medizin und ihre

Behandlungsmethoden profitieren könnten. Mehrere Studien (Korsch et al. 1973, Litt et al. 1982) haben herausgefunden, dass junge PatientInnen umso besser bei der Behandlung mitwirkten, je höher ihr Selbstwert war (Petermann et al. 1987, 55; Schiffermüller 1997, 113). Weiters können die Art und Weise, wie Selbstbeschreibungen geäußert werden z.B. durchgehend positiv oder sehr negativ Auskunft darüber geben, wie emotional stabil eine Person ist, da ein Zusammenhang zwischen positiver Selbstbeschreibung und psychischer Gesundheit angenommen wird (Baldering 1993, 37). Trotz dieser Bedeutungen liegen kaum Untersuchungen vor, die die Veränderung des Selbstkonzeptes durch/während eine/r chronische/n Erkrankung untersuchen (Petermann et al. 1987, 52). Eine Möglichkeit, diesen Belastungen im Selbstkonzept entgegenzuwirken ist, die Kinder im (heil)pädagogischen Umfeld zu fördern, worauf nun näher eingegangen wird.

4.3 „Heilpädagogisches Handeln“ zur Stärkung des Selbst

Schiffermüller (1997, 115) weist darauf hin, dass die Bedeutung pädagogischen Handelns in der onkologischen Literatur bisher vernachlässigt wurde. Gerade die Schule ist für viele krebskranke Kinder sehr wichtig. So ergab eine Pilotstudie an 27 krebserkrankten SchülerInnen, die nicht mehr in Behandlung waren, dass das Lernen während der Krebserkrankung einen hohen Stellenwert bei ihnen eingenommen hatte. Dadurch wurde eine Zukunftsperspektive vermittelt und der Anschluss an die Klasse erhalten. (Schiffermüller 1997, 116f) Schon Reinhold (1981, 23) spricht von einem medizinisch-sozialwissenschaftlichen Modell, bei dem verschiedene Berufsgruppen wie ÄrztInnen, Krankenschwestern, PsychologInnen und auch PädagogInnen und SoziologInnen in einem interdisziplinären Team zusammenarbeiten sollten, um dem kranken Menschen zu helfen. Für die Autorin nimmt Gesundheit genauso wie Bildung innerhalb der Gesellschaft einen hohen Stellenwert ein, weshalb PädagogInnen auch im Krankenhaus agieren sollten. Der Bildungsauftrag im Krankenhaus liegt dabei nicht nur darin, den SchülerpatientInnen den Anschluss an die Stammschule und den Unterrichtsstoff zu erhalten, sondern auch in der Psychohygiene, indem der Unterricht im Krankenhaus so gestaltet werden soll, dass er den „Heilungsprozess des Kindes fördert“ (Reinhold 1981, 92ff).

Die Stadt Wien hat seit den 1940iger Jahren begonnen, den so genannten Heilstättenunterricht in Wiener Kliniken einzurichten, der es ermöglicht, die Kinder und Jugendlichen während ihres Krankenhausaufenthaltes weiter zu unterrichten. Innerhalb

dieser Wiener Heilstättenschulen ist auch das Modell des „Integrativen Hausunterrichts“ entstanden, wodurch es möglich wird, dass die SchülerpatientInnen von Beginn der Erkrankung an von der/vom gleichen Lehrer/in begleitet werden und dies sowohl im Krankenhaus als auch zuhause. Diese „HauslehrerInnen“ halten den Kontakt zu den Stammschulen der SchülerpatientInnen bzw. machen wöchentliche Besuche in den Stammschulen der Kinder. Dadurch fungieren sie gleichsam als Vermittler zwischen krankem Kind und Stammschule, sodass auch die spätere soziale Reintegration in den Klassenverband erleichtert wird. (Fritz 1997, 142f)

Das pädagogische Handeln ist im Allgemeinen sehr zukunftsorientiert z.B. Erarbeitung von Leistungsabschlüssen, sollte aber nach Leyendecker und Lammers (2001, 95) auch zum Leben in der Gegenwart befähigen. Der Bildungsauftrag beschränkt sich bei kranken Kindern demnach nicht nur auf die Vermittlung von Bildungsinhalten, sondern beinhaltet auch, angesichts der besonderen Lebenssituation dieser Kinder, Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Beistand bei der Akzeptierung der Erkrankung (Leyendecker, Lammers 2001, 62). Ein positives Selbstkonzept kann sowohl die Krankheitsverarbeitung als auch das Leben danach wesentlich beeinflussen. Daher sollte nach Schiffermüller (1997, 123) die stabilisierende Wirkung von Schule und Unterricht auf das Selbstkonzept mehr in den Fokus gerückt werden. Auch Bundschuh (2007, 131) betont, dass gerade im pädagogischen Handlungsfeld die Stärkung des Selbst bei Heranwachsenden gefördert werden kann. Laskowski (2000, 140f) weist daraufhin, dass PädagogInnen Botschaften an das Kind senden, die selbstkonzeptwirksam sind. So können die Erwartungen der LehrerInnen das Leistungsverhalten der SchülerInnen beeinflussen. Eine Studie (Seaver 1971) ergab, dass Geschwisterpaare, die vom selben Lehrer unterrichtet wurden, ähnlich hoch oder niedrig in ihren Leistungen eingestuft wurden. Oft verhalten sich SchülerInnen so, wie es die/der Lehrer/in erwartet, wodurch sich die Lehrererwartung im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung auswirkt. (Laskowski 2000, 146) Ein kurzes Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein Schüler schneidet in einem Test negativ ab. Wird er nun von den Lehrern in die Kategorie „schlechter Schüler eingeordnet, werden diese vermehrt auf Hinweise achten, die ihr Fremdbild bestätigen, genauso, wie eine Person versucht, ihr einmal gebildetes Selbstbild zu bestätigen, wie bereits in Kapitel 3.1 erläutert wurde. Positive Leistungen des Schülers werden leichter übersehen, wodurch sich dies auch im Selbstbild des Schülers

manifestiert und er sich mit der Zeit ebenfalls als „schlechten Schüler“ sieht und weniger anstrengt, weil die Überzeugung „sowieso zu versagen“ überwiegt. (Laskowski 2000, 146f) Auch andere Studien (Helmke 1990; Burnett 2001) bestätigen das Einwirken von Verhaltensweisen der LehrerInnen und MitschülerInnen auf das Selbstkonzept des Kindes (Pekrun, Helmke 1991, 46; Zafiropoulou et al. 2007, 11316). Untersuchungen ergaben, dass die Entwicklung von Leistungsängsten, Hilflosigkeit und Selbstwirksamkeitserwartungen von SchülerInnen, von deren wahrgenommener Lernumwelt und vom Klassenklima, das wiederum von Lehrermerkmalen abhängig ist, mitbestimmt wird. Die Ergebnisse deuten jedoch auf keinen direkten Einfluss von Lehrermerkmalen auf derartige Ausbildungen hin. (Jerusalem, Schwarzer 1991, 126)

Die Handlungsfähigkeit von SchülerInnen hängt also auch damit zusammen, welche subjektiven Einstellungen sie z.B. über ihre Kompetenzen gebildet haben (Laskowski 2000, 140). Nach Schachinger (2005, 212) kann im pädagogischen Handlungsfeld das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die aktive Gestaltungsmöglichkeit von Situationen gestärkt werden, sodass die Kinder von sich selbst und ihrer Wirkungskraft überzeugt sind. Auch das Entgegenbringen von Wertschätzung, Annahme und Echtheit, sowie das Ausgehen von den Stärken des Kindes und dessen Ermutigung, Neues auszuprobieren, kann das Selbst eines Kindes stärken (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 72f; Bundschuh 2007, 131). Gerade in der Kindheit ist das Selbstkonzept noch nicht durchgehend stabilisiert, sodass die Veränderung in eine positive Richtung z.B. durch gezielte Förderung möglich ist, vor allem wenn die Gefahr besteht, dass sich dieses ungünstig entwickelt. Die Erforschung des Selbstkonzeptes in der Kindheit und Jugend stellt ein interessantes Forschungsgebiet dar, das nach Schachinger (2005, 100) noch nicht ausreichend untersucht worden ist. Vor allem die Hinwendung zu qualitativen Forschungsmethoden könnte bezüglich der Inhalte des Selbst laut Schachinger (2005, 116) zu Erweiterungen in diesem Feld führen, das in dieser Arbeit ein Stück erfüllt werden soll.

In diesem Kapitel wurde erläutert, dass der Erforschung subjektiver Theorien innerhalb der Bildungswissenschaft immer mehr Bedeutung zugesprochen wird. Diese könnten darüber Auskunft geben, wie und warum Menschen auf eine bestimmte Art und Weise handeln und somit auch die theoretische Weiterentwicklung der qualitativen Bildungsforschung unterstützen. Weiters wurde erklärt, warum sich diese Arbeit im heilpädagogischen Bereich verortet und welche Ansätze zur Selbstkonzeptforschungen hier vorhanden sind.

Da es kaum Studien über krebskranke Kinder in diesem Bereich gibt, wurde eine Forschungslücke identifiziert. Die angeführten Studien über krebskranke Kinder stammen vorwiegend aus dem psychologischen Bereich und deuten darauf hin, dass das Selbstkonzept durch die Krankheit negativ beeinflusst wird.

In der Literatur wird angenommen, dass pädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst beitragen kann (Eggert, Reichenbach, Bode 2003; Schachinger 2005; Bundschuh 2007). Dies wird auch für die vorliegende Untersuchung angenommen, sodass die Stärkung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder durch heilpädagogisches Handeln erreicht werden könnte, wenn die Bedingungen hierfür erkannt werden. Diese Diplomarbeit wird als Beitrag zur notwendigen Hinwendung zu subjektiven Theorien von Kindern mit der lebensbedrohlichen Krankheit Krebs gesehen, um durch gewonnene Kenntnisse über Selbstsicht-Perspektiven dieser Kinder zu theoretischen und praxisbezogenen Entwürfen innerhalb des Arbeitsbereiches der Heil- und Integrativen Pädagogik zu gelangen. Dies könnte auch ein erster Ansatz in Richtung Typologisierung krebskranker Kinder sein, die den Sinn hat, komplexe soziale Realitäten zu erfassen und Theorien weiter zu entwickeln (Kelle und Kluge 1999, 9).

Im nächsten Kapitel wird dargestellt, wie das Vorhaben dieser Arbeit realisiert und welche Methoden für die Untersuchung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder angewendet wurden.

5 Untersuchung zum Selbstkonzept krebskranker Kinder

Wie bereits erläutert wurde, ist der Erforschung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder im Bereich der Heil- und integrativen Pädagogik bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt worden. Überhaupt wird innerhalb von Studien die Selbstsicht der untersuchten Personen nach Städtler-Mach (1998, 62) sehr oft nicht berücksichtigt, weshalb hier eine Forschungslücke dahingehend identifiziert wurde, als dass die Selbstsicht des krebskranken Kindes hinsichtlich seiner eigenen Fähigkeiten, seiner Vorstellungen und Einstellungen sich selbst gegenüber und seiner Krankheit aus bildungswissenschaftlicher Perspektive bisher nicht fokussiert wurde. Daher wird im Folgenden die Forschungsfrage dieser Arbeit dargestellt und die Erreichung des Zieles schrittweise skizziert.

5.1 Forschungsfrage und Zielsetzung

Schwerpunkt dieser Arbeit ist es, Folgendes herauszufinden:

„Welchen Einfluss nimmt die Krebserkrankung auf das Selbstkonzept des Kindes und inwiefern kann heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst des erkrankten Kindes beitragen?“

Mit dieser Fragestellung soll herausgefunden werden, wie sich krebskranke Kinder selbst wahrnehmen, erleben und einschätzen, da dies im heilpädagogischen Bereich bisher weitgehend vernachlässigt wurde. In der Literatur (Eggert, Reichenbach, Bode 2003; Schachinger 2005; Bundschuh 2007) wird darauf hingewiesen, dass pädagogisches Handeln das Selbst des Kindes stärken könnte. Hinsichtlich geeigneter Beratungs- und Interventionsmöglichkeiten für krebskranke Kinder ist es daher hilfreich, mehr über das Selbstkonzept dieser Kinder zu erfahren und heilpädagogische Hilfen zur Stärkung des Selbstkonzeptes zur Verfügung zu stellen (Leyendecker 1985, 13). Durch einen Vergleich mit gesunden Kindern gleichen Alters anhand bisheriger Studien soll aufgezeigt werden, ob sich das Selbstkonzept krebskranker Kinder von diesen unterscheidet, sodass entsprechend darauf reagiert werden kann, sowohl was die theoretische Weiterentwicklung in diesem Bereich anbelangt, als auch in weiterer Folge die Weiterentwicklung pädagogischer Maßnahmen/Konzeptionen in der Praxis mit diesen Kindern. Untersuchungen zum Selbstkonzept krebskranker Kinder können wichtige Erkenntnisse über diese liefern, um sie

bei ihrer Krankheitsverarbeitung und weiteren Entwicklung besser unterstützen zu können. Dies mündet in folgenden Subfragen:

- Wie sehen sich krebskranke Kinder selbst? Wie werden sie ihrer Meinung nach von anderen gesehen? (Erforschung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder im AKH Wien) Inwiefern unterscheidet sich das Selbstkonzept krebskranker Kinder vom Selbstkonzept gesunder Kinder gleichen Alters?
- Welche heilpädagogischen Aspekte kamen im AKH Wien für krebskranke Kinder zur Anwendung?
- Inwieweit kann heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst krebskranker Kinder beitragen?
- Welchen Beitrag liefert diese Arbeit für den disziplinspezifischen Wissensstand?

5.2 Methodische Vorüberlegungen

Bevor auf die methodische Durchführung dieser Arbeit (Forschungsdesign) eingegangen wird, sind noch einige methodische Vorüberlegungen zu treffen. Seit Mitte der 1970er Jahre gibt es Instrumente, die die Mehrdimensionalität des Selbstkonzeptes erfassen können. Die Verfahren reichen dabei über Fragebögen bis zu projektiven Verfahren (Hofmann 2001, 319). Zur empirischen Erfassung von Selbstkonzepten werden meist adjektivische Selbstbeschreibungsverfahren, Sortierverfahren (Karten sollen einem vorgegebenen Kategoriensystem zugeordnet werden), Ratingverfahren (Urteile sollen auf numerischen Schätzskaalen abgegeben werden) etc. verwendet (Hofmann 2001; Schuppener 2005; Mummendey 2006). Diese Verfahren werden jedoch kritisiert, da die bloße Zuordnung von Eigenschaften kaum Aussagen darüber zulassen, wie die Person zu bestimmten Selbstannahmen gekommen ist. Aufgrund dessen wendet sich die Forschung von Selbstkonzepten immer häufiger qualitativen Forschungsansätzen zu, um die Sichtweise der Personen angemessen rekonstruieren und interpretieren zu können. (Hofmann 2001, 323)

Weiters finden sich in der Literatur nur vereinzelt Erhebungen zu Selbstkonzepten von Kindern im Vor- und Grundschulalter. Dies liegt vor allem daran, dass es am geeigneten Untersuchungsdesign für diese mangelt. (Prücher 2002, 54) Methodische Aspekte in der Forschung mit Kindern werden erst seit den letzten Jahren in der deutschsprachigen sozial- und erziehungswissenschaftlichen Forschung behandelt (Heinzel 2000, 24). Neuere

sozialwissenschaftliche Forschungen mit Kindern sehen diese als „Subjekte und Akteure in ihrer Lebensumwelt“ (Heinzel 2000, 21), wodurch sich dieser Forschungsansatz sehr gut mit dem Anliegen dieser Arbeit verbinden lässt. In der Selbstkonzeptforschung steht die subjektive Sichtweise der Person, in diesem Fall der Kinder, im Mittelpunkt. Als häufiges Problem bei Forschungen mit Kindern wird darin gesehen, dass es meist an geeigneten Methoden zur Erfassung der kindlichen Perspektive fehlt. Die Kindheitsforschung bedient sich häufig klassischer sozialwissenschaftlicher Methoden, die für die Kinder modifiziert werden, um diesen mehr zu entsprechen. Selten werden spezifische Methoden für diese entwickelt. (Heinzel 2000, 21)

Angesichts dessen ergeben sich folgende Anforderungen für die Beantwortung der Forschungsfrage:

- es soll qualitativ gearbeitet werden
- die ProbandInnengruppe besteht aus Kindern im Alter von 9-12 Jahren

Es stellt sich also die Frage, wie das Selbstkonzept krebskranker Kinder entsprechend methodischer Richtlinien erfasst werden kann. Der Großteil der Selbstkonzeptforschung in der Literatur bezieht sich auf quantitative Erhebungsmethoden. Doch warum die befragten Personen zu bestimmten Annahmen über sich gekommen sind, kann dadurch nicht erfasst werden. Qualitative Ansätze ermöglichen dies, weisen jedoch auch Kritikpunkte vor allem hinsichtlich der Interpretation von Daten auf. So führten Burns und Zweig (1980) einen projektiven Zeichentest bei 52 chronisch kranken Kindern und 115 gesunden Kindern durch und konnten bezüglich des Selbstkonzeptes beider Gruppen keine durchgängigen Unterschiede feststellen. Trotzdem gehen Burns und Zweig davon aus, dass das Selbstkonzept chronisch kranker Kinder beeinträchtigt ist. In ihren Interpretationen sprachen sie davon, dass z.B. die kranken Kinder ihr ICH-Ideal, also sich so gezeichnet hätten, wie sie gerne sein würden, anstatt ihr reales Bild aufs Papier gebracht zu haben. Weiter meinten sie, dass kranke Kinder ihre Bilder schön zeichneten, um ihre Einschränkungen zu verleugnen. Diese Interpretationen sind bezüglich methodischer Kriterien natürlich nicht tragbar. (Petermann et al. 1987, 53)

In dieser Arbeit sollen qualitative und diagnostische Methoden miteinander verknüpft werden, um sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bei krebskranken Kindern und

den Daten gesunder Kinder aus anderen (meist quantitativen) Studien (Baldering 1993; Asendorpf, van Aken 1993; Prücher 2002;) feststellen zu können. Es soll auch herausgefunden werden, warum die krebserkrankten Kinder dieser Untersuchung zu gewissen Ansichten gekommen sind. Hierfür wurde in Anlehnung an das Selbstkonzeptinventar von Eggert, Reichenbach und Bode (2003) ein Untersuchungsdesign erarbeitet, mit dem qualitative Arbeit mit Kindern im Grundschulalter möglich wird, die zusätzlich mit diagnostisch erhobenen Daten z.B. durch Adjektivlisten, Harterskalen bereichert werden, worauf noch näher eingegangen wird.

5.3 Theoretische Grundgedanken

Im Theorieteil dieser Arbeit wurde das „Selbstkonzept“ ausführlich behandelt und begrifflich erklärt. Die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen des Selbstkonzeptes lassen Gemeinsamkeiten erkennen. So wird angenommen, dass das Wissen über die eigene Person in einem Konstrukt (Selbstkonzept) gespeichert wird (Filipp 1984; Mummendey 2006). Die vorliegende Untersuchung steht in der Tradition von Autoren (Eggert, Reichenbach, Bode 2003; Schuppener 2005; Mummendey 2006), die das Selbstkonzept als Einstellungen gegenüber der eigenen Person verstehen. Diese Definition schließt sowohl die kognitive, als auch affektive und konative Komponente des Selbstkonzeptes mit ein: eine Person nimmt sich in einer bestimmten Weise wahr, bewertet sich auch und leitet davon Intentionen für die Zukunft ab (Mummendey 2006, 38). Viele Arbeiten des späten 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts (z.B. Pior 1998; Prücher 2002) beziehen sich auf die kognitive Repräsentation des Selbst, also wie sich die Person selbst wahrnimmt, welche Merkmale sie sich zuschreibt und wie sie sich darstellt. In der vorliegenden Arbeit wurde ebenfalls verstärkt die kognitive Repräsentation des Selbst krebserkrankter Kinder fokussiert, wofür es mehrere Gründe gab, die kurz erläutert werden. Da Kinder befragt wurden, die sich verbal vielleicht nicht so ausdrücken können wie z.B. Erwachsene, wurden die Erhebungsmethoden der vorliegenden Untersuchung kindgemäß gestaltet, worauf noch ausführlich eingegangen wird. Dadurch konnte die kognitive Repräsentation des Selbst dieser Kinder sehr gut transparent gemacht werden. Von einer expliziten Erhebung des Selbstwertes der Kinder der Fallgruppe wurde jedoch abgesehen, da es sich um kranke Kinder handelte, die durch die Erkrankung schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind und daher in psychologischer Behandlung waren. In den Untersuchungseinheiten mit den Kindern konnte durchaus etwas

über deren Selbstwert herausgefunden werden, da bei jeglicher Selbstpräsentation die Bewertung der eigenen Person mitschwingt und somit ins Gesamtkonzept der krebskranken Kinder aufgenommen werden konnte. Eine tiefere Ergründung des Selbstwertes krebskranker Kinder benötige jedoch aus persönlicher Ansicht eine qualifizierte psychologische Herangehensweise und wurde daher nicht durchgeführt.

In Kapitel 1.3. wurde zwischen einem allgemeinen und bereichsspezifischen Selbstkonzept unterschieden. Dabei wurden verschiedene Modelle zur Strukturierung von Selbstkonzepten vorgestellt. Die Untersuchung dieser Diplomarbeit stützt sich auf das hierarchisch multidimensionale Modell zur Strukturierung von Selbstkonzepten nach Shavelson, Hubner und Stanton, bei dem verschiedene bereichsspezifische Selbstkonzepte einem allgemeinen Selbstkonzept untergeordnet werden (Shavelson, Hubner, Stanton 1976, 413; Mummendey 2000, 27f). Shavelson et al. legten ihr Strukturmodell laut Schuppener (2005, 84) „zum Zwecke pädagogisch-psychologischer Betrachtungen“ vor und die Tatsache, dass „im Rahmen des hierarchischen Modells eine bestmögliche Spezifizierung einzelner Selbstkonzeptaspekte möglich ist, favorisiert dieses Strukturkonzept als theoretisches Gliederungsinstrument im Rahmen wissenschaftlicher Forschung.“ Im Rahmen dieser Arbeit dient das hierarchisch mehrdimensionale Modell (siehe auch Kapitel 1.3.2.3) als Grundlage zur Strukturierung des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder, da es ermöglicht, bestimmte Teilbereiche (bereichsspezifische Selbstkonzepte) des allgemeinen Selbstkonzeptes genauer zu untersuchen. Gerade bei der Forschung mit Kindern im Grundschulalter bietet sich die Erhebung von Teilbereichen des Selbstkonzeptes an, das kurz erläutert wird.

Neuere Arbeiten in der Selbstkonzeptforschung distanzieren sich von einer Erhebung globaler Werte und wenden sich vermehrt bereichsspezifischen Aspekten zu, da „die Kategorisierung einzelner Selbstkonzeptbereiche eine differenziertere Fragestellung [ermöglicht]“ (Schuppener 2005, 169). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe können so Aussagen über Ähnlichkeiten und Differenzen auf „*verschiedenen Ebenen der Selbsteinschätzung*“ (Schuppener 2005, 169; Hervorhebung im Original) getroffen werden. Das heißt, dass nicht nur mehrere geäußerte Selbsteinschätzungen eines krebskranken Kindes untereinander verglichen werden können, sodass z.B. zentrale Tendenzen des Kindes erkennbar werden, sondern auch die erhobenen Teilbereiche des krebskranken Kindes mit denen gesunder Kinder gleichen Alters aus bisherigen Studien verglichen

werden können.

Befunde aus der Literatur zeigen, dass Selbstkonzepte bereits im Kindergartenalter bereichsspezifisch erfasst werden können (Asendorpf, van Aken 1993, 79f; Pior 1998, 123f, Prücher 2002, 134). Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass im Kindesalter die bereichsspezifischen Selbstkonzepte mehr Stabilität aufweisen als das allgemeine Selbstkonzept (Asendorpf 1996, 194f; Prücher 2002, 56; Pior 1998, 124), sodass sich die Erfassung spezifischer Selbstkonzeptbereiche versus der Erhebung des allgemeinen Selbstkonzeptes für die vorliegende Forschungsarbeit anbietet, da die Kinder der Fallgruppe im Grundschulalter sind. Weiters wird in der Selbstkonzeptforschung angenommen, dass Kinder generell ein positives Selbstkonzept entwickeln, wenn die kindliche Entwicklung einigermaßen ungestört verläuft (Baldering 1993, 37; Mummendey 2000, 13), wie bereits in Kapitel 3.2.1 erläutert wurde. Somit kann prinzipiell von einem positiven Selbstkonzept bei Kindern im Grundschulalter ausgegangen werden.

Da es sich bei der Fallgruppe dieser Arbeit um krebskranke Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren handelt, werden spezifische Teilbereiche des Selbstkonzeptes, die in diesem Alter im Vordergrund stehen, genauer betrachtet. Doch zuvor wird erklärt, in welche Bereiche das Selbstkonzept unterteilt werden kann:

Es finden sich in der Literatur die unterschiedlichsten Einteilungen des Selbstkonzeptes in verschiedene Teilbereiche, die je nach AutorIn auch unterschiedlich benannt sind. Eggert, Reichenbach und Bode (2003, 135) unterteilen das Selbstkonzept zum Beispiel in fünf Dimensionen (Selbsteinschätzung, Selbstbewertung, Selbstbild, Körperkonzept und Fähigkeitskonzept⁴). Die Psychologin Dagmar Baldering, die das Selbstkonzept psychisch auffälliger Kinder im Grundschulalter im Vergleich zu gesunden Kindern desselben Alters untersucht hat, differenziert das Selbstkonzept in die Bereiche Körperselbst (Einstellungen zum eigenen Körper), Leistungskonzept (Einstellungen zu den eigenen intellektuelle Fähigkeiten), Soziales Selbst (Einstellungen zu sozialer Akzeptanz etc.), Emotionales Selbst (Einstellungen gegenüber eigener Emotionen wie Ängste) und Interessenskonzept

4 Die Selbsteinschätzung umfasst, wie ein Mensch sich selbst einschätzt. Mit Selbstbewertung definieren die Autoren die emotionale Bewertung eigener Handlungen und die Gefühle bezüglich dieser Bewertung z.B. Stolz, Scham. Das Selbstbild umfasst die Einschätzung und Beschreibung eigener Kompetenzen (Realselbst, Idealselbst). Das Körperkonzept bezieht sich auf alle Aspekte, die sich direkt mit dem Körper befassen, wie Körpergefühl, Körperschema. Die Selbstwahrnehmung eigener Leistungen und Fähigkeiten und deren Bewertung wird unter Fähigkeitskonzept zusammengefasst. (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 135ff)

(unterschiedliche Interessen des Kindes) (Baldering 1993, 49). Ähnlichkeiten sind erkennbar, vor allem das Körper-Selbstkonzept und das Fähigkeitsselbstkonzept werden in fast jede Definition miteinbezogen.

In der vorliegenden Arbeit wird die von Schuppener (2005, 174f) vorgenommene Unterteilung übernommen, da diese aufgrund einer Analyse verschiedener standardisierter Testverfahren⁵ zur Erhebung von Selbstkonzeptdaten erfolgte und für diese Untersuchung unter anderem ebenfalls die deutsche Version der Harterskalen in modifizierter Form genutzt wurde. Schuppener gliedert das Selbstkonzept in folgende Teilbereiche: soziales Selbstkonzept, emotionales Selbstkonzept, kognitives Selbstkonzept, Fähigkeitsselbstkonzept und Körper-Selbstkonzept. Jeder dieser Bereiche kann erneut in Subbereiche (Unterkategorien) untergliedert werden. (a.a.O.) Die Subkategorien der einzelnen Teilbereiche für diese Arbeit wurden aufgrund des für die Analyse entwickelten Kategorienschemas gebildet und werden im Kapitel 5.6 dargestellt.

Zusammenfassend lassen sich folgende theoretische Grundgedanken für die vorliegende Untersuchung ableiten:

- Das Selbstkonzept wird als Einstellungen gegenüber der eigenen Person verstanden.
- Es wird die Erfassung spezifischer Selbstkonzeptbereiche angestrebt, die sich bereits im Grundschulalter erfassen lassen.
- Bereichsspezifische Selbstkonzepte im Kindesalter weisen eine gewisse Stabilität auf.
- Es wird von einem ursprünglich positiven Selbstkonzept im Kindesalter ausgegangen.

5.4 Vom Forschungsstand abgeleitete theoretische Vorannahmen

Ausgehend von den oben gebildeten Theorieaspekten und methodischen Vorüberlegungen wird in dieser Arbeit der Einfluss der Krankheit Krebs auf das Selbstkonzept des krebskranken Kindes im Alter von 9-12 Jahren untersucht, indem bestimmte Teilaspekte des Selbstkonzeptes genauer fokussiert wurden. Im Folgenden wird aufgezeigt, warum bestimmte Selbstkonzeptbereiche ausgewählt wurden und inwiefern die Krebserkrankung

⁵ Schuppener (2005, 170) hat hierzu die Testverfahren (Harter, Pike 1981; Piers 1984, Deusinger 1986, etc.) gesichtet und analysiert, um mit den darin verwendeten Kategorien eine Auswahl an Selbstkonzeptbereichen zu treffen.

auf diese einwirken könnte, wodurch erste theoretische Vorannahmen für die vorliegende Untersuchung abgeleitet werden.

5.4.1 Theoretische Vorannahmen über das Körper-Selbstkonzept krebskranker Kinder

In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass zu Beginn der Selbstkonzeptentwicklung der Körper im Mittelpunkt des Kindes steht (Filipp 1980; Epstein 1984; Pior 1998). Aufbauend auf das Körper-Selbstkonzept wird eine Vorstellung über sich selbst und seine Umwelt entwickelt. Cash et al. (1990) sind davon überzeugt, dass „von allen Arten, wie ein Mensch über sich denkt, keine so unmittelbar und zentral ist wie das Bild, das er sich von seinem eigenen Körper macht.“ Auch Leyendecker geht davon aus, dass die ersten Erfahrungen, die jeder mit seinem Körper in der frühen Kindheit macht, ein „grundlegendes, generelles und damit im Nachhinein auch schwer zu veränderndes Postulat innerhalb des Selbstkonzeptes einer Person“ (Leyendecker 1985, 4) ist. Die Akzeptierung des Körpers ins Selbstkonzept ist eine lebenslange, immer wieder auftretende Aufgabe, wobei die Gefahr besteht, dass ein negativ erlebter Körper sich auf andere Persönlichkeitsbereiche generalisieren kann (Leyendecker 1985, 10). Daher stellt sich die Frage, welchen Einfluss es auf das Selbstkonzept hat, wenn bereits in der Kindheit die Diagnose „Krebs“ gestellt wird? Diese Krankheit hat gravierende Folgen für den Körper und verändert ihn. Wie gehen Kinder mit dieser „Krise“ in ihrer Entwicklung um und welche Auswirkungen hat dies auf die weitere?

Die Heil- und integrative Pädagogik als Teildisziplin innerhalb der Bildungswissenschaften beschäftigt sich unter anderem mit der Aufklärung behinderungsbedingter Einflüsse in der Entwicklung, Erziehung und Bildung von Menschen (Schaub, Zenke 2002, 69). Aufgrund der Krebserkrankung muss das Kind nicht nur viele ärztliche Maßnahmen wie Operationen über sich und seinen Körper ergehen lassen, sondern auch mit einem veränderten Körper- und Selbstbild (Haarausfall, Erbrechen etc.) umgehen lernen (Leyendecker, Lammers 2001, 23). Petermann (1994, 27) spricht von einem reduzierten Selbstbild und von der Ablehnung des eigenen Körpers, die den Alltag des krebskranken Kindes begleiten. Diese Einwirkungen können nicht nur das Körperkonzept, sondern das gesamte Selbstkonzept des krebskranken Kindes beeinflussen. Langenbach und Koerfer (2006, 192) verweisen darauf, dass subjektive Bewertungen von Körper und Selbst insofern zusammenhängen, als ein positiv erlebter Körper auch mit einem zufriedenen Selbsterleben einhergeht. Ein negativ erlebter Körper hingegen vermittelt z.B. Angst und Unsicherheit.

Vor allem in der mittleren und späten Kindheit definieren sich Kinder über Merkmale des eigenen Körpers und über ihre körperlichen Fähigkeiten, wie bereits in Kapitel 2.2 erläutert wurde. Wie definieren sich jedoch krebskranke Kinder, wenn sie sowohl mit den Reaktionen anderer auf ihr verändertes Körperbild umgehen, als auch mit körperlichen Einschränkungen zurechtkommen müssen. Daher wird das Körper-Selbstkonzept in der vorliegenden Untersuchung genauer betrachtet.

Das **Körper-Selbstkonzept** bezieht sich auf alle Aspekte, die sich direkt mit dem Körper befassen (Wissen um den Körper, affektive Bewertung des eigenen Körpers). Das Bild, das das Kind von seinem eigenen Körper entwickelt, ist sowohl davon abhängig, ob es seinen Körper akzeptiert oder zurückweist, als auch von den Rückmeldungen aus der sozialen Umwelt auf das Körperbild des Kindes (Reinecke 2000, 28). Für Reinecke (2000, 33) ist vor allem für die diagnostische Arbeit mit dem kranken Kind wichtig, dessen Einstellung zum eigenen Körper als auch dessen Kenntnisse über Bau und Funktion seines Körpers zu kennen. So können einerseits Vorstellungen von Kindern über bestimmte Krankheiten transparent gemacht und Unklarheiten aufgeklärt werden. Andererseits drücken Kinder psychische Probleme sehr oft mit dem Körper aus, das aus der Psychosomatik weitgehend bekannt ist. Gerade kranke Kinder werden mit medizinischem Fachjargon überhäuft, wodurch oft Missverständnisse zwischen Arzt und Kind entstehen. Untersuchungen (Neff, Beardslee 1990; Perrin et al. 1991; Ball 2004) ergaben, dass krebskranke Kinder besser über ihren Körper Bescheid wissen als gesunde Kinder gleichen Alters (Lohaus, Ball 2006, 114). Es finden sich in der Literatur (Gellert 1962; 1978; Glaun & Rosenthal 1987) jedoch auch gegenteilige Ergebnisse (Belz-Merk 1995, 62). All dies mündet in folgenden Vorannahmen für die Untersuchung des Körper-Selbstkonzeptes krebskranker Kinder:

- Krebskranke Kinder wissen aufgrund ihrer Erkrankung besser über ihren Körper Bescheid (Körperteile benennen, Aufgaben verschiedener Organe etc.) als gesunde Kinder gleichen Alters. Es besteht aber auch die Annahme, dass krebskranke Kinder aufgrund ihrer vielen negativen körperlichen Erfahrungen eine negativere Einstellung (affektive Komponente) zu ihrem Körper haben als gesunde Kinder gleichen Alters, wodurch die Gefahr besteht, dass diese Kinder ein negatives Selbstkonzept entwickeln und somit in ihrer kindlichen Entwicklung behindert werden könnten.

5.4.2 Theoretische Vorannahmen über das Fähigkeitsselbstkonzept krebskranker Kinder

Kinder im Schulalter definieren sich selbst vorwiegend über ihre Fähigkeiten und Leistungen im Vergleich zu anderen Kindern, wie bereits in Kapitel 2.2 erläutert wurde, weshalb das **Fähigkeitskonzept** in dieser Untersuchung genauer betrachtet wird. Dieses schließt die Selbstwahrnehmung eigener Leistungen und Fähigkeiten als auch deren Kenntnis und Bewertung mit ein. Vor allem innerhalb der Bildungswissenschaften ist es relevant zu erfahren, welche subjektiven Einstellungen das Kind (der/die Schüler/in) über sich und seine Kompetenzen gebildet hat, da diese nach Laskowski (2000, 140) die Handlungsfähigkeit des Kindes wesentlich beeinflussen. Demnach entwickeln Menschen mit einem negativen Selbstkonzept Unfähigkeitsphantasien über sich selbst, wodurch eine gezielte und schnelle Handlungsdurchführung verhindert wird. Menschen mit einem positiven Selbstkonzept trauen sich mehr zu, gehen zielgerichtet an ihr Vorhaben heran und werden weniger durch Selbstzweifel in ihrer Handlungsfähigkeit gestört. (Laskowski 2000, 8f)

Krebskranke Kinder werden durch die Krankheit sowohl in ihren schulischen als auch in ihren körperlichen Fähigkeiten eingeschränkt. Sie werden schneller müde als gesunde Kinder gleichen Alters und müssen Rückstände im Schulstoff durch die längeren Krankenhauseinweisungen hinnehmen (siehe auch Kapitel 4). Gerade beim Fähigkeitskonzept spielen Vergleichsprozesse mit anderen Kindern eine wichtige Rolle. Im Schulalter definieren Kinder ihr Selbstbild vor allem durch Vergleiche mit Gleichaltrigen. Kritische Lebensereignisse wie eine Erkrankung führen jedoch dazu, dass sich nicht nur die sozialen Beziehungen rund um das erkrankte Kind verändern, sondern auch andere Rückmeldungen in der sozialen Interaktion gespiegelt werden. So wenden sich vielleicht MitschülerInnen aufgrund des veränderten Aussehens des krebskranken Kindes ab. Mitmenschen wiederum signalisieren tiefe Betroffenheit und vermitteln dem Kind, dass die Situation sehr ernst ist. (Bürgin 1981, 166; Petermann 1994, 27f) Die Abgrenzung krebskranker Kinder zum gewohnten sozialen Umfeld und zur Peergroup durch Krankenhauseinweisung kann zur Minderung des Selbstwertes führen. Eine Untersuchung zeigte, dass Menschen, die sich ausgeschlossen fühlen, unter Umständen auch ein negatives Selbstwertgefühl entwickeln können (Mummendey 2006, 146). Dies ist vor allem im heilpädagogischen Bereich bedeutsam. Selbstkonzeptforschungen mit blinden und hörbeeinträchtigten Kindern ergaben, dass das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung und

nach sozialem Kontakt den größten Einfluss auf die Selbstkonzeptentwicklung hat. Werden diese Kinder von ihren Bezugspersonen nicht miteinbezogen, kann dies negative Auswirkungen auf das gesamte Selbstkonzept haben. (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 83). Für die vorliegende Untersuchung über das Fähigkeitskonzept krebskranker Kinder wird daher Folgendes angenommen:

- Krebskranke Kinder schätzen ihre Fähigkeiten schlechter ein als gesunde Kinder gleichen Alters und zeigen auch eine negativere Einstellung gegenüber ihrer eigenen Handlungskompetenz.

5.4.3 Theoretische Vorannahmen über die Wirkung heilpädagogischen Handelns auf das Selbstkonzept krebskranker Kinder

Die kindliche Entwicklung ist geprägt durch verschiedene Aufgaben wie das Erlernen von schulischen und sozialen Fertigkeiten, das Herstellen von Freundschaften zu Gleichaltrigen, die Loslösung von den Eltern etc. Das krebskranke Kind wird durch seine Erkrankung und veränderte Lebenssituation in all diesen Bereichen belastet, wenn nicht regelrecht behindert. Die Krebserkrankung führt zu einer vermehrten Abhängigkeit zu den Eltern, zu Kontrollverlusten, zu einer verringerten Teilnahme an Sozialkontakten und zur Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes (Petermann 1994, 27f). Zusätzlich hat das krebskranke Kind mit Problemen der sozialen Wiedereingliederung zu kämpfen. Durch die äußerlichen Veränderungen wird auch meist eine Barriere zu Mitmenschen aufgerichtet, die zurückschrecken oder sich abwenden, wodurch die Reintegration erschwert wird (Hertl 1979, 100f).

Im pädagogischen Handlungsfeld kann das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die aktive Gestaltungsmöglichkeit von Situationen gestärkt werden, sodass die Kinder von sich selbst und ihrer Wirkungskraft überzeugt sind (Schachinger 2005, 212). Dies kann bei krebskranken Kindern nicht nur für die Reintegration in den normalen Alltag, sondern auch während der Erkrankung zur Krankheitsbewältigung beitragen. Das Selbstwerterleben und die Möglichkeit, sein Leben selber gestalten zu können, sind nach Schmitt (1996, 65) wesentlich bei der Bewältigung einer chronischen Erkrankung. Schiffermüller (1997, 115) betont, dass die Bedeutung pädagogischen Handelns in der onkologischen Literatur bisher vernachlässigt wurde. Gerade die Schule ist nach Schiffermüller (1997, 116f) für viele krebskranke Kinder sehr wichtig. Die krebskranken Kinder der Fallgruppe dieser

Untersuchung werden im AKH Wien in so genannten Heilstättenschulen pädagogisch betreut. Diese Schulen werden nach Ertle (2003, 326) in den Bereich der Sonderpädagogik eingeordnet, da Krankheit eine „Krise“ darstellt und somit eine „spezielle Pädagogik“ notwendig wird. In der Literatur (siehe Kapitel 4.3) wird auf eine mögliche positive Wirkung pädagogischen Handelns auf das Selbstkonzept des Kindes hingewiesen. Daher wird Folgendes für die pädagogische Arbeit mit krebskranken Kindern angenommen:

- Heilpädagogisches Handeln kann zur Stärkung des Selbst krebskranker Kinder beitragen.

5.5 Forschungsdesign

Im Folgenden wird erläutert, wie in der vorliegenden Diplomarbeit Aspekte der eben beschriebenen Selbstkonzeptbereiche (Körper-Selbstkonzept und Fähigkeitskonzept) krebskranker Kinder erhoben wurden, um so zu Aussagen über das Selbstkonzept krebskranker Kinder im Vergleich zu gesunden Kindern gleichen Alters gelangen zu können. Bevor auf die Erhebungsmethoden von Selbstkonzeptdaten bei krebskranken Kindern im Alter von 9-12 Jahren genauer eingegangen wird, werden die Rahmenbedingungen und die Fallgruppe der durchgeführten Untersuchung dargestellt.

5.5.1 Fallgruppe und Rahmenbedingungen der Untersuchung

Um die Forschungsfrage der vorliegenden Diplomarbeit bearbeiten zu können, sollten qualitative Einzelfallanalysen mit krebskranken Kindern im Grundschulalter durchgeführt werden, die im Krankenhaus zusätzlich auch pädagogisch betreut werden. Daher wurden Krankenhäuser in Wien gesucht, die erstens krebskranke Kinder behandeln und zweitens PädagogInnen in der Betreuung dieser Kinder einsetzen. Beide Aspekte konnten in einigen Krankenhäusern in Wien ausgemacht werden, trotzdem stellte sich heraus, dass der Zugang zu diesen Kindern sehr schwierig ist und die Zustimmung verschiedener Stellen notwendig war. Es musste ein enormer Zeit- und Arbeitsaufwand lediglich für die Zusage zur Durchführung der vorliegenden Untersuchung aller beteiligten Stellen aufgebracht werden. Nachdem ich mein Konzept immer wieder vorgestellt und Gespräche mit allen zuständigen Personen geführt hatte, durfte ich die Studie auf der Kinderstation im AKH Wien durchführen, wo Kinder mit Gehirntumor behandelt werden und zusätzlich eine Heilstättenschule für die kranken Kinder auf der Ebene integriert war. Die vorliegende

Untersuchung zum Selbstkonzept krebskranker Kinder wurde sowohl von der Direktorin der Wiener Heilstättenschule, Frau Mag. Schierer, vom Stadtschulrat für Wien in Gestalt von Herrn BSI RR Felsleitner, von der zuständigen Psychologin im AKH Wien, Frau Mag. Leiss, von der Studienprogrammleitung der Bildungswissenschaft an der Universität Wien und meinem Diplomarbeitsbetreuer, Herrn Dr. Johannes Gstach, als auch von den Eltern der Kinder der Fallgruppe genehmigt.

Die Datenerhebung für die Studie wurde in der Zeit von März bis einschließlich September 2008 im Rahmen des Heilstättenunterrichts des AKH Wiens durchgeführt. Um die Forschungsfrage bearbeiten zu können, wurden hierzu qualitative Einzelfallanalysen erstellt. Indem sich der/die Forscher/in in ein umgrenztes Feld (Institution) begibt, erforscht er/sie systematisch eine bestimmte Gruppe von Menschen, in diesem Fall krebskranke Kinder (Girtler 1988, 103; Flick 2002, 236). Um die Fallgruppe möglichst homogen und somit vergleichbar zu halten, wurden gewisse Auswahlentscheidungen für die Fälle getroffen (Flick 2002, 101):

- Es sollten Kinder sein, die die gleiche Erkrankungsart aufweisen und aus demselben Forschungsfeld (AKH Wien) kommen.
- Die Kinder sollten aufgrund der Vergleichbarkeit möglichst altershomogen sein und Deutsch sprechen, um Verständigungsschwierigkeiten zu verhindern.
- Die Anzahl der Fallgruppe muss genügend Material für die Studie dieser Diplomarbeit liefern.
- Die Untersuchung muss im Zeitrahmen einer Diplomarbeit bearbeitbar sein.

Da die Untersuchung im Heilstättenunterricht des AKH Wiens durchgeführt wurde, kamen alle Kinder der Fallgruppe aus demselben Forschungsfeld. Im AKH Wien werden ausschließlich Kinder mit Gehirntumor behandelt, wodurch auch alle Fälle dieselbe Krebserkrankung aufwiesen. Trotzdem stellten sich einige Schwierigkeiten bei der Auswahl der Kinder für die vorliegende Untersuchung heraus, auf die kurz eingegangen wird.

Da Kinder mit Gehirntumor lediglich einen geringen Prozentsatz im Vergleich zu z.B. an Leukämie erkrankten Kindern darstellen, werden insgesamt nicht so viele krebskranke Kinder im AKH Wien behandelt wie zum Beispiel im St. Anna Kinderspital in Wien. Der Zugang zu den Kindern war jedoch nur im AKH Wien zugesagt worden. Innerhalb eines halben Jahres konnten somit „lediglich“ sechs Kinder im Grundschulalter für die

vorliegende Untersuchung ausfindig gemacht werden, die sich an der Studie beteiligen wollten und mit denen in mehreren Einheiten gearbeitet werden konnte. Hier ist zu erwähnen, dass der Umfang der Fallgruppe alle Kinder bis auf eines umfasst, die in diesem Zeitrahmen im AKH Wien wegen eines Gehirntumors auf der Kinderstation behandelt wurden, deutscher Muttersprache waren und in die vorgesehene Altersspanne fielen. Ein einziges Kind (6 Jahre alt) durfte, wahrscheinlich aufgrund zustande gekommener Verständigungsschwierigkeiten mit seinen Eltern, die nichtdeutscher Muttersprache waren, nicht an der Studie teilnehmen, obwohl das Kind selbst fließend Deutsch sprach. Sonst standen keine Kinder im Alter von 6 – 12 Jahren zur Verfügung. Es stellte sich heraus, dass sich alle sechs Kinder der Fallgruppe zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr befanden. Im amerikanischen Forschungsbereich ist es üblich, die Zeit vom 10. bis zum 14. Lebensjahr als Frühadolescenz zu bezeichnen. Dementsprechend können alle Kinder der Fallgruppe der „späten Kindheit“ bzw. „Frühadolescenz“ zugeordnet (siehe Kapitel 2) werden, wodurch eine Vergleichbarkeit gegeben war. Die Fallgruppenanzahl ist eine Gelegenheitsauswahl von krebskranken Kindern aus dem AKH Wien. Obwohl von März bis September 2008 Kinder gesucht wurden, stellte sich heraus, dass die restlichen behandelten Kinder im AKH entweder Kleinkinder oder bereits Jugendliche waren, sodass diese nicht dem Alter der bisherigen Fallgruppe (spätes Grundschulalter) entsprachen. Da die Diplomarbeit in einem Zeitrahmen von ca. 8 Monaten durchführbar sein sollte, wurde die Fallgruppensuche im September 2008 beendet und bei sechs Kindern belassen. Insgesamt konnte in diesem halben Jahr ausreichend Material für die vorliegende Studie zusammengetragen werden.

Es wurden sowohl Buben (Anzahl 4) als auch Mädchen (Anzahl 2) in die Untersuchung miteinbezogen. Baldering (1993, 106) konnte bei ihrer Studie über Kinder im Grundschulalter im Körper-Selbstkonzept und Fähigkeitskonzept hinsichtlich des Geschlechtes kaum Unterschiede feststellen. Beide beschrieben sich sowohl im Gesamtkonzept als auch in der Mehrzahl bereichsspezifischer Selbstkonzepte mit positiven Merkmalen. Ihre Befunde über das Körper-Selbstkonzept von Kindern im Grundschulalter deuten darauf hin, dass sowohl Buben als auch Mädchen in ähnlicher Weise über ihren Körper reflektieren und Buben ebenfalls anstreben, „schön“ zu sein. Es wird auch angenommen, dass die Geschlechtsstereotypen im Grundschulalter noch nicht derart ausgebildet sind wie sie im Erwachsenenalter zum Vorschein kommen (Baldering 1993, 107f). Im Fähigkeitskonzept konnte die Autorin ebenfalls keine signifikanten Unterschiede

bei den Geschlechtern hinsichtlich positiver Beschreibungen eigener Fähigkeiten feststellen. Es wird angenommen, dass die im Grundschulalter geforderten Fähigkeiten wie Schulleistungen für beide Geschlechter relevant sind. Es wird zum Beispiel sowohl von Buben als auch von Mädchen erwartet, lesen und schreiben zu lernen und daher auch von beiden angestrebt. Wohl zeigten aber Buben mehr Freude und Interesse an physischen Aktivitäten und schätzten sich beim Können dieser Fähigkeiten höher ein als Mädchen (Baldering 1993, 110f). Auch Prücher (2002, 116) konnte keine signifikanten Unterschiede im Fähigkeitskonzept zu Buben und Mädchen bemerken. Allgemeine Übereinstimmung in der Literatur besteht jedoch darin, dass sich Frauen und Mädchen bezüglich ihres Erscheinungsbildes (Attraktivität), ihrer körperlichen Fähigkeiten und ihres Selbstwertes ungünstiger einschätzen als Männer und Buben. Bedeutende Unterschiede hinsichtlich intellektueller Fähigkeiten sind allgemein nicht gegeben. (Mummendey 2006, 89) Zu erwähnen ist, dass alle sechs Kinder der Fallgruppe Sehbeeinträchtigungen aufzeigten und zwei der Kinder vollständig erblindet waren, wodurch die Materialien an die Bedürfnisse der untersuchten Kinder während der Studie angepasst wurden.

Zusammenfassend lässt sich für die Fallgruppe der vorliegenden Untersuchung folgendes festhalten:

- Es handelt sich um sechs Kinder mit der Diagnose „Gehirntumor“, die im AKH Wien medizinisch und pädagogisch (in der Heilstättenschule) betreut wurden.
- Die Fallgruppe umfasst vier Buben und zwei Mädchen.
- Zwei Kinder der Fallgruppe sind blind, vier Kinder weisen eine Sehbeeinträchtigungen auf.
- Alle Kinder sind im Alter von 9 – 12 Jahren (2 Kinder 9 J., 1 Kind 10 J., 2 Kinder 11 J., 1 Kind 12 J.) und konnten demnach der „späten Kindheit“/„Frühadoleszenz“ (bzw. späten Grundschulzeit) zugeordnet werden.

Die gesamte Untersuchung umfasste sechs Einheiten pro Kind, in denen eigens entwickelte Arbeitsblätter zu den Selbstkonzeptbereichen erarbeitet wurden, worauf gleich noch näher eingegangen wird. Für die „Befragung“ besuchte ich die Kinder über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus, zwei Kinder besuchte ich aus Zeitgründen auch zuhause, um die Studie abschließen zu können. Im Krankenhaus wurden die Einheiten entweder im Krankenzimmer oder im Klassenzimmer der Heilstättenschule im AKH Wien durchgeführt.

Aus Platzmangel konnte kein eigener Raum für die Untersuchungszeiten zur Verfügung gestellt werden, wodurch sowohl Nebengeräusche als auch Unterbrechungen durch Visite etc. nicht vermeidbar waren. Im Folgenden werden die Untersuchungsverfahren, die für die Datenerhebung eingesetzt wurden, ausführlich erläutert.

5.5.2 Darstellung der Untersuchungsverfahren für die Datenerhebung

Um Dimensionen bzw. Aspekte des individuellen Selbstkonzeptes von Kindern im Vor- bzw. Grundschulbereich zu erfassen, haben Eggert, Reichenbach und Bode ein Selbstkonzeptinventar zusammengestellt, welches sowohl KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen, PsychologInnen, DiplompädagogInnen, als auch HeilpädagogInnen etc. nutzen können. Dabei wird das kindliche Verhalten im Hinblick auf das Selbstkonzept beobachtet, beschrieben und anschließend in Kategorien eingeordnet, um es zu bewerten und zu interpretieren (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 122f). In Anlehnung an dieses Inventar wurde für die vorliegende Studie ein Untersuchungsdesign zusammengestellt, das sowohl qualitative als auch diagnostische Methoden miteinander verknüpft, um herauszufinden, wie sich krebskranke Kinder selbst beschreiben, welche Merkmale sie sich zuschreiben und warum sie gerade diese als zutreffend finden. Die diagnostisch ermittelten Daten ermöglichen den Vergleich mit Ergebnissen aus anderen Selbstkonzeptstudien an gesunden Kindern gleichen Alters. Da es sich bei der Fallgruppe um krebskranke Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren handelte, wurden die Erhebungsmethoden auf diese abgestimmt, sodass die Kinder die Anweisungen verstehen und deren Selbstsicht-Perspektive erfasst werden konnte, worauf noch näher eingegangen wird.

Ein grundsätzliches Problem in der Selbstkonzeptforschung ist, dass das Konzept und die Erfassungsmethode nicht ausreichend aufeinander bezogen sind (Filipp 1984, 172). Die Erhebung des Selbstkonzeptes von Kindern wird dadurch erschwert, dass eine rein verbale Befragung auf Verständnisschwierigkeiten stoßen kann, die Befragung aufgrund der Konzentrationsfähigkeit nicht zu lange dauern darf und anstelle von Gruppentests die individuelle Beschäftigung mit dem Kind von Vorteil ist (Asendorpf, van Aken 1993a, 64f). Deshalb schlagen Eggert, Reichenbach und Bode (2003, 123) verschiedene Methoden zur Selbstkonzepterfassung bei Kindern vor, um mehrere Zugangswege zu eröffnen. Dabei soll der „Versuch unternommen werden, das Kind in seinen Alltagsbezügen möglichst ganzheitlich zu betrachten“ (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 120).

In Anlehnung daran wurde ein eigener Untersuchungsplan entwickelt, den die krebskranken Kinder kindgerecht bewältigen konnten. Kinder sind noch nicht in der Lage ihre Selbstvorstellungen völlig klar auszudrücken, daher wurde die Datenerhebung an die Fähigkeiten und das Alter der Fallgruppe angepasst, indem vor allem mit graphischen Darstellungen gearbeitet wurde, sodass die Aufgaben leichter zu verstehen waren und auf spielerische Art und Weise erledigt werden konnten. Da es sich herausgestellt hatte, dass die untersuchten Kinder durch den Gehirntumor Sehschwächen aufwiesen bzw. zwei Kinder im Laufe der Erkrankung komplett erblindet waren, wurde ein weiterer Schwerpunkt auf Tast- und Fühlmaterialien gelegt, sodass die Arbeitsmaterialien auch den Bedürfnissen dieser Kinder angepasst wurden. Der Untersuchungsplan wurde so abgestimmt, dass mit jedem Kind sechs Einheiten durchgeführt wurden, in denen das Kind langsam in die Selbstdarstellung und Selbstreflexion eingeführt wurde und vor allem die Teilbereiche Körper-Selbstkonzept und Fähigkeitskonzept untersucht wurden. Die Einheiten waren aufeinander aufbauend, sodass das Kind immer mehr zum Nachdenken über sich selbst angeregt wurde. Dabei bezogen sich die Arbeitsblätter einer Einheit verstärkt auf einen dieser Teilbereiche. Für die Untersuchung wurden die Einverständniserklärungen der Eltern eingehoben und anschließend die Daten anonymisiert.

Methoden, die in der Kindheitsforschung zur Anwendung kommen, reichen über Befragungen, qualitative Interviews bis zu psychologischen Tests und Beobachtungen (Heinzel 2000, 28f). Um mehrere Zugangswege zu den Kindern zu finden, wurden verschiedene Methoden miteinander verknüpft, worauf noch näher eingegangen wird. Insgesamt kamen sowohl Befragungen in Form von Adjektivlisten, Arbeitsprodukte (Kinderzeichnungen), Beobachtungen und problemzentrierte Interviews zum Einsatz, um das Selbstkonzept krebskranker Kinder im AKH Wien zu erfassen. Zu jedem fokussierten Teilbereich des Selbstkonzeptes der Fallgruppe wurde jede dieser Methoden eingesetzt, sodass in sechs Einheiten pro Kind auf verschiedenen Zugangswegen mehrere Daten gesammelt werden konnten. Insgesamt wurden so pro Kind 4 Arbeitsprodukte, 8 Befragungen, 6 problemzentrierte Interviews und eine oder zwei teilnehmende Beobachtungen durchgeführt.

Der Untersuchungsplan umfasste im Wesentlichen die beiden Teilbereiche Körper-Selbstkonzept und Fähigkeitskonzept. Zusätzlich wurde auch versucht, einige Daten zum

emotionalen und sozialen Selbstkonzept zu erheben, um Hinweise für das „mögliche“ allgemeine Selbstkonzept zu bekommen. Eine Einheit war so geplant, dass sie ungefähr in 30 Minuten durchgeführt werden konnte, sodass die Konzentration der Kinder nicht überfordert würde. Im Durchschnitt benötigten die Kinder meist zwischen 25 und 40 Minuten, je nachdem wie viel ein Kind von sich erzählte. Wenn ein Kind mehr Konzentration aufwenden konnte, wurden auch Einheiten zusammengefasst, jedoch nie mehr als maximal zwei. Die Einheiten waren so aufgebaut, dass sie immer zuerst mit einem Stimmungsbarometer begannen, bei dem die Kinder lachende, neutrale oder schlecht aufgelegte Gesichter auf einen Balken klebten, um zu ermitteln, wie es ihnen gerade geht und auch, um anfängliche Anspannungen abzubauen mit etwas, das immer gleich blieb und ohne große Anstrengung erledigt werden konnte (eine Art „Anfangsritual“). Neben der Ermittlung der emotionalen Grundstimmung des Kindes über mehrere Wochen (emotionales Selbst) bot dies auch Gelegenheit für einen offenen Gedankenaustausch des Kindes, der von mir nicht geleitet wurde. So konnte ich auf spontane Äußerungen des Kindes reagieren und mit ihm ins Gespräch kommen. Danach wurde mit einem Arbeitsprodukt (z.B. Zeichnung) oder einem kurzen Arbeitsblatt (z.B. Adjektivlisten) als Mittel der Zentrierung des anschließenden Gespräches (problemzentriertes Interview) auf einen Themenkomplex begonnen. So sollte das Kind zum Beispiel ein Bild von sich selbst zeichnen, sodass anschließend ein Gespräch darüber stattfinden konnte. Es wurden Fragen gestellt wie: „Erzähl mir bitte wie du so aussiehst! Beschreibe dich mal!“, um so zu Aussagen, in diesem Fall über das Körper-Selbstkonzept des Kindes, zu gelangen. Für die durchgeführten Interviews wurde in Anlehnung an das problemzentrierte Interview von Andreas Witzel, worauf noch näher eingegangen wird (siehe Kapitel 5.5.2.4), ein Interviewleitfaden erstellt. In dieser Interviewform steht, trotz Leitfaden, das Erzählprinzip im Vordergrund. So wird den Kindern einerseits mit großer Offenheit begegnet, andererseits werden theoretische Vorüberlegungen in das „Gespräch“, wie es Witzel selbst nennt, eingebunden. (Witzel 1982, 90f)

Im Folgenden werden die Forschungsinstrumente, die zur Erhebung der Selbstkonzeptdaten krebserkrankter Kinder zum Einsatz gekommen sind, ausführlich beschrieben:

5.5.2.1 Die schriftliche Befragung

„Kinder werden in den letzten Jahren zunehmend zu ihren Lebenslagen und Lebensbedingungen selbst befragt“ (Heinzel 2000, 28). Befragungen können sowohl

schriftlich als auch mündlich stattfinden. Da zur mündlichen Befragung Gespräche bzw. Interviews zählen, werden diese unter dem Punkt 5.5.2.4 „problemzentriertes Interview“ behandelt. Zum Bereich der schriftlichen Befragungen zählen in der Selbstkonzeptforschung Fragebögen, Ratingverfahren (personenbezogene Statements werden einem Skalenniveau zugeordnet) und Checklisten (das Kind kreuzt Eigenschaften an, die es als für sich selbst zutreffend erachtet).

Schriftliche Befragungen setzen die Kompetenz des Lesens und Schreibens voraus. Bei Kindern scheint es daher sinnvoller zu sein, mit graphischen Darstellungen zu arbeiten. Ein Kind kann sich mit bildlichen Darstellungen oft besser identifizieren, als durch Worte ausdrücken (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 128). Daher wurde für die schriftliche Befragung der krebskranken Kinder in Anlehnung an das Selbstkonzeptinventar von Eggert, Reichenbach und Bode (2003) Arbeitsblätter erstellt, die die Form von Adjektivlisten hatten, bei denen das Kind jene Eigenschaften, die es als für sich selbst zutreffend erachtete, anmalen sollte. Da die bloße Zuordnung von Eigenschaften jedoch kaum Aussagen darüber zulässt, wie die Person zu bestimmten Selbstannahmen gekommen ist, wurde anschließend ein Gespräch darüber geführt, was das Kind unter Begriffen wie z.B. „schlau“ versteht und warum sich das Kind jene Eigenschaften zuschrieb oder nicht (Hofmann 2001, 323). Dies erfolgte mit einem einfachen Spiel, indem die Kinder Sätze vollenden sollten wie: „Ich finde mich schlau, weil....!“ Zusätzlich sollte so die Tendenz der „sozialen Erwünschtheit“ eingegrenzt werden, sodass die Kinder die Adjektivlisten nicht nur lediglich anmalen, sondern sich auch Gedanken dazu machten. Tendenz der „sozialen Erwünschtheit“ heißt, dass sich Personen in beschönigender Weise darstellen bzw. so antworten, wie sie denken, dass es von der Gesellschaft erwartet wird. In sozialwissenschaftlichen Untersuchungen kann die „Tendenz der sozialen Erwünschtheit“ als Messfehler (siehe auch Kapitel 5.7) angesehen werden (Mummendey 2008, 166). Indem die Kinder gefragt werden, warum sie diese Antworten wählten, sollte diesem Messfehler entgegengewirkt und gleichzeitig herausgefunden werden, wie sie zu bestimmten Annahmen gekommen sind. Die Arbeitsblätter umfassten zum Teil auch offene Fragen in Form eines Fragebogens z.B. „Welche Fähigkeiten hast du? Schreibe oder zeichne sie bitte auf“. Anschließend wurden die Fähigkeiten auf einer vier Stufen Skala eingeschätzt, um zu einer zusätzlichen Gewichtung der eigenen Kompetenzen zu gelangen. Auch die Fragebögen wurden mit einem anschließenden Gespräch/Interview ergänzt.

Da das vermutete Fremdbild häufig Selbsteinschätzungen der befragten Person transparent macht und somit wesentliche Informationen über deren Selbstbild vermittelt, versuchte ich vom Kind auch Einschätzungen hierzu zu gewinnen (Mummendey 2006, 146). Dafür wurden die gleichen Adjektivlisten wie vorhin verwendet und den Kindern die Frage gestellt: „Welche Merkmale würde dir dein/e beste/r Freund/in zuschreiben? Und warum?“ Das vermutete Fremdbild kann Auskünfte darüber geben, wie die Kinder glauben, von anderen gesehen zu werden. Diese Aussagen wurden zusätzlich mit den Einschätzungen der Eltern verglichen, die hierfür ein Datenblatt ausfüllten. Dieses Datenblatt⁶ wurde eigens zusammengestellt und umfasste sowohl biographische Daten wie Alter, Wohnsituation, Schulsituation etc. als auch Fragen zu den Selbstkonzeptbereichen. Auch Baldering (1993, 172) weist darauf hin, dass die Einschätzungen der Eltern wichtige Informationen neben den Selbsteinschätzungen der Kinder liefern und die Daten differenzieren können.

5.5.2.2 Die Harterskalen

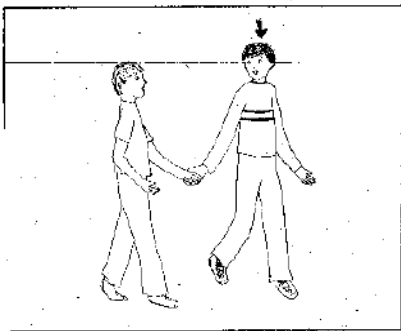
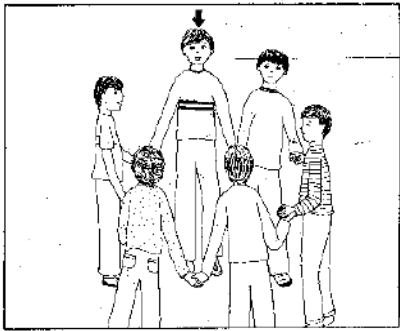
In der vorliegenden Untersuchung sollten auch diagnostisch ermittelte Selbstkonzeptdaten krebskranker Kinder erhoben werden, um die Ergebnisse mit jenen bisheriger Studien an gesunden Kindern vergleichen zu können. Häufig wurden hierfür die „Pictorial Scale of Perceived Competence and Perceives Social Acceptance“, kurz PSCA, von Harter und Pike (1981) in modifizierter Form für die Erfassung von Selbstkonzeptbereichen im Vor- und Grundschulalter (Pior 1998; Prücher 2002) genutzt, weshalb diese auch für die vorliegende Studie verwendet wurden. Welche Vorteile die „Harterskalen“ bieten, soll kurz erklärt werden.



Asendorpf und van Aken (1993a, 64f) weisen darauf hin, dass erst ca. ab den 1980er Jahren damit begonnen wurde, das Selbstkonzept von Kindern im Vor- und Grundschulalter systematisch zu untersuchen. Dies liegt vor allem daran, dass geeignete Untersuchungsverfahren für diese Altersgruppe nur unzureichend vorhanden waren und auch veraltete Theorievorstellungen über die Struktur des Selbstkonzeptes im Kindesalter vorherrschten. So wurde von einem eindimensionalen Gebilde zur Strukturierung des Selbstkonzeptes ausgegangen (siehe Kapitel 1.2). Durch das hierarchisch mehrdimensionale Modell von Shavelson, Hubner und Stanton (1976) wurde begonnen, mehrdimensionale Selbstbildskalen für ProbandInnen unterschiedlicher Altersstufen zu entwickeln. So begannen auch Harter und Pike (1981) eine vierdimensionale



6 Datenblatt siehe Anhang

Selbstkonzeptskala für Kinder der 1. und 2. Volksschulklasse (PSCA⁷) zusammenzustellen. Harter (1985) entwickelte zusätzlich eine rein verbal formulierte mehrdimensionale Selbstkonzeptskala für Kinder ab der 3. Volksschulklasse (SPPC⁸). (Asendorpf, van Aken 1993a, 64f) Asendorpf und van Aken haben diese Skalen ins Deutsche übersetzt. Beim PSCA wählt das Kind, unterstützt durch verbale Beschreibungen, aus Bildpaaren jenes aus, das ihm am ähnlichsten erscheint.

Beispielitem Jungen für die Skalen für jüngere Kinder

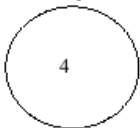
ITEM 2

Dieser Junge hat viele Freunde zum Spielen

Welcher Junge ist so wie Du?
Also: Welcher Junge ist Dir am ähnlichsten?


Hast Du:

sehr viele Freunde
zum Spielen



oder


ziemlich viele



Dieser Junge hat nicht viele Freunde zum Spielen

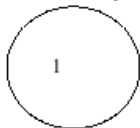
Hast Du:

ein paar



oder

fast gar keine
Freunde zum Spielen



(Bild: Asendorpf und Van Aken 1993a, 86)

Danach soll es dieses zusätzlich anhand von zwei Antwortmöglichkeiten (das Bild entspricht mir sehr genau oder nur so ungefähr) noch präzisieren. Dies ermöglicht bereits bei sehr jungen Kindern ein mehrstufiges Antwortformat und somit eine Differenzierung der Antworten. Die Items des PSCA erheben Aspekte zu folgenden spezifischen Selbstkonzeptbereichen: zu eigenen wahrgenommenen geistigen (kognitiven) Fähigkeiten, zu eigenen körperlichen Fähigkeiten, zur Peerakzeptanz und zur Akzeptanz durch die

⁷ PSCA = Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children

⁸ SPPC = Self-Perception Profile for Children

Mutter. Es wurde jeweils eine Bildreihe für die Befragung von Mädchen und eine Bildreihe für die Befragung von Buben entwickelt. (Asendorpf, van Aken 1993a, 65f; Asendorpf, van Aken [2008], [51-52]) Der SPPC ist eine rein verbale Befragung von Kindern ab der 3. Volksschulklasse und ermittelt in geschlechtsneutralen Items fünf Dimensionen: kognitive Kompetenz, Peerakzeptanz, Sportkompetenz, Aussehen und Selbstwertgefühl (Asendorpf, van Aken 1993b, 1)

Beispielitem Mädchen für die Skalen für ältere Kinder

| | Stimmt ganz genau | Stimmt so ungefähr | | Stimmt so ungefähr | Stimmt ganz genau |
|----|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Einige Kinder finden es <u>schwer</u> , Freunde zu finden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | ABER | | |
| | | | Andere Kinder finden es ziemlich <u>leicht</u> , Freunde zu finden | | |

(Bild: Asendorpf und van Aken 1993a, 86)

Die deutsche Version der Harterskalen von Asendorpf und van Aken (1993) eignet sich für die Befragung von GrundschülerInnen ab der 2. Klasse. Ihre Befunde zeigten, dass bereits im Grundschulalter das Selbstkonzept bereichsspezifisch erfasst werden kann. (Asendorpf, van Aken 1993a, 79f) Unklar bleibt nach Asendorpf und van Aken (1993a, 66) jedoch, warum bei jüngeren Kindern nach Harter zum Beispiel der Aspekt „Aussehen“ nicht erfragt wird. Das „Selbstwertgefühl“ wird nach Harter bei jüngeren Kindern deshalb nicht aufgenommen, da es ihrer Meinung nach erst ab dem Alter von 8 Jahren entsteht.

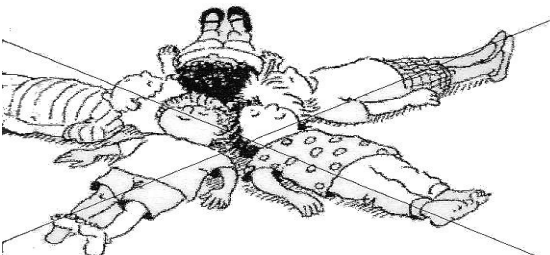
Die deutsche Übersetzung der Harterskalen wurde für die vorliegende Studie aufgegriffen und nur teils modifiziert, um so die Vergleichbarkeit bisheriger Studien (Asendorpf, van Aken 1993) mit gesunden Kindern gleichen Alters herstellen zu können. Diese Skalen ermöglichen Selbstkonzepte bereichsspezifisch zu erfassen, indem sowohl beim PSCA als auch beim SPPC jeweils sechs Items pro Selbstkonzeptdimension erfasst wurden, die von eins bis vier durchskaliert werden. Dadurch können die Punktwerte der einzelnen Items skalenweise addiert und durch sechs dividiert werden, sodass der Mittelwert pro Skala leicht berechenbar ist. Der Gesamtwert ergibt sich aus der Summe der Mittelwerte aller Items bzw. Skalen. (Asendorpf, van Aken 1993b, 3; Asendorpf, van Aken [2008], [52])

Nachdem es sich bei dieser Untersuchung um Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren handelte, wurden die Fragen des SPPC (ab 3. Volksschulklasse geeignet) verwendet. Da jedoch die Unterstützung mit Bildpaaren, wie es beim PSCA durchgeführt wird, von mir als hilfreich

Die Idee mit den Bildpaaren des PSCA wurde als Verständigungshilfe für die Fragen übernommen. Die Bilder des PSCA zeigen typische Situationen, welche Kinder im (Grund-)Schulalter erleben, wodurch sich die Kinder damit identifizieren können. (Prücher 2002,60) Für die vorliegende Untersuchung wurden die Fragen des SPPC beibehalten und mit passenden Bildern teils vom PSCA, teils durch eigens zusammengestellte Bilder ergänzt. Da bei beiden Harterskalen (sowohl für jüngere als auch für ältere Kinder) die kognitiven Fähigkeiten, die körperlichen Fähigkeiten (Sportkompetenz) und die Peerakzeptanz ermittelt werden, war es nicht schwer, die Bilder des PSCA mit den Fragen des SPPC zu verknüpfen. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Die geschlechtsneutrale Formulierung des SPPC wurde beibehalten, da ohnehin der Begriff „Einige Kinder“ benutzt wurde und es somit als unbedeutend erachtet wurde, ob sich nun

ein Mädchen oder ein Bub auf dem Bild befand. Lediglich für die Skala „Aussehen“ mussten selber Bilder erstellt werden. Auch hierfür wird ein Beispiel angeführt:

| | |
|---|---|
| Einige Kinder sind zufrieden damit, wie sie aussehen. Bist Du: ganz zufrieden ziemlich zufrieden | Andere Kinder sind nicht zufrieden mit sich. Bist Du: einigermaßen zufrieden nicht zufrieden |
|  |  |

Die modifizierten Harterskalen⁹ wurden als „Spiel“ durchgeführt, indem auf den Tisch vier Boxen aufgestellt wurden. Die Boxen wurden mit Doppelplus für „stimmt ganz genau“, Plus für „ziemlich genau“, Minus für „einigermaßen genau“ und Doppelminus für „stimmt gar nicht“ gekennzeichnet. Dann wurde dem Kind folgende Spielerklärung gegeben: „Ich möchte mit dir ein Spiel spielen. Ich lese dir jetzt Sätze vor, die beschreiben, wie Kinder sein können. Mich interessiert aber besonders wie DU bist. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, weil jedes Kind eben anders ist.“ Danach wurde dem Kind ein Beispielpaar vorgelesen, bevor mit den richtigen Items begonnen wurde. Es wurde zu jeder Frage ein Bildpaar gezeigt, bei dem das Kind, gemäß nach den Instruktionen von Harter bzw. Asendorpf und van Aken (1993), zuerst entscheiden sollte, welches Bild ihm ähnlicher ist und dann noch zwischen zwei Stufen (Boxen) auswählen sollte, ob dies ganz genau oder nur ungefähr zutrifft.

5.5.2.3 Arbeitsprodukte

Innerhalb der Untersuchung wurden mit den Kindern auch Arbeitsprodukte¹⁰ (Kinderzeichnungen) erstellt. Hierbei verweisen Eggert, Reichenbach und Bode (2003, 130f) darauf, dass der Entstehungsprozess (Materialwahl des Kindes, Zeitinvestition beim Anfertigen, Bedeutung des Endproduktes für das Kind etc.) wichtiger als das Endprodukt ist. Dies kann für die Einschätzung bestimmter Aspekte des Selbstkonzeptes von Bedeutung sein. Anhand der Kinderzeichnungen sollte festgestellt werden, wie sich krebskranke Kinder zeichnen. Diese Arbeitsprodukte wurden mittels ausgewählter Literatur (siehe

⁹ modifizierte Harterskalen für Kinder ab der 3. Grundschulklasse (siehe Anhang)

¹⁰ Beispiele von Arbeitsprodukten (siehe Anhang)

Kapitel 5.6.1.3.1) deskribiert und als Zusatzinformationen für die Auswertung herangezogen. Die Äußerungen des Kindes während des Anfertigens der Arbeitsprodukte wurden notiert und bei der Auswertung ebenfalls berücksichtigt. Auch andere Auffälligkeiten beim Entstehen der Zeichnungen (was malt das Kind zuerst, was wird noch hinzugefügt etc.) wurden festgehalten. Im Untersuchungsplan wurden zu einem Themenkomplex mehrere Arbeitsprodukte in verschiedenen Einheiten behandelt und in einem anschließenden Gespräch (problemzentrierten Interview) darüber gesprochen, wie bereits erläutert (siehe auch Kapitel 5.5.2.4). Die Zeichnungen wurden sehr oft als Einstieg für das nachfolgende Interview über das Selbstkonzept bzw. über die Erkrankung genutzt.

5.5.2.4 Das problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982) stellte die wichtigste qualitative Erhebungsmethode der vorliegenden Untersuchung dar. Daten wie die Arbeitsprodukte oder die Fragebögen wurden als Einstieg für das nachfolgende problemzentrierte Interview genutzt, um herauszufinden, warum die Kinder zu bestimmten Vorstellungen über sich selbst gekommen sind. Interviews ermöglichen nach Heinzel (2000, 28f) einen offenen Zugang zu der Lebenswelt von Kindern. Dabei scheinen vor allem fokussierte Interviews für Studien mit Kindern geeignet, da Kinder auf Erzählfhilfen angewiesen sind. Nach Gütgemann (1997) bietet das Interview zwei wesentliche Vorteile: einerseits ist eine *„Anpassung an die Sprachkompetenz der zu befragenden Personen“* möglich, andererseits werden *„differenzierte Einblicke in die subjektive Lebenswirklichkeit und Selbstsicht der Befragungspersonen möglich“* (Schuppener 2005, 180; Hervorhebung im Original).

Verres (1986, 97f) betont, dass es gerade bei der Erforschung subjektiver Theorien kranker Personen wichtig ist festzustellen, was diese über sich und ihre Krankheit denken. Hierzu muss nach Verres die Erhebungsmethode so gewählt werden, dass die Reflexion der befragten Personen sowohl auf gewisse Inhalte gelenkt wird, also problemzentriert ist, und trotzdem zugleich so weit offen bleibt, dass die Person auch ungehindert eigene Assoziationen und Erlebnisse äußern kann (a.a.O.). Beide Aspekte lassen sich im problemzentrierten Interview nach Witzel (1982) vereinen, sodass diese Interviewform für die vorliegende Studie gewählt wurde.

In dieser Interviewtechnik werden anhand eines entwickelten Leitfadens vor allem „biographische Daten mit Hinblick auf ein bestimmtes Problem thematisiert“ (Flick 2002, 135). Theoretischer Hintergrund dieser Methode ist „die Auseinandersetzung mit

subjektiven Sichtweisen“ (Flick 2002, 138), sodass diese dem Anliegen der vorliegenden Untersuchung entspricht. Das problemzentrierte Interview ermöglicht nicht nur, sich an die Sprachkompetenz der Kinder anzupassen, sondern auch das Gespräch auf einen Themenkomplex zu konzentrieren. Kindern fällt es häufig schwer frei zu erzählen und so können, durch einen an der Theorie entwickelten Interviewleitfaden, den Kindern Erzählfhilfen zur Orientierung bereit gestellt werden. Zusätzlich bietet der Leitfaden ein Orientierungsraster für den Interviewer, um bereits beantwortete Fragen abhaken oder bei stockendem Gespräch neue inhaltliche Anregungen geben zu können. (Witzel 1982, 90; Heinzel 2000, 28) Trotzdem hat das problemzentrierte Interview einen narrativen Charakter, der es ermöglicht, offene Erzählimpulse der Kinder ins Gespräch einzubinden (Witzel 1982, 90f; Flick 2002, 135).

Die problemzentrierten Interviews in der vorliegenden Studie wurden immer im Anschluss an erstellte Arbeitsblätter wie Adjektivlisten oder Kinderzeichnung (siehe Kapitel 5.5.2.1 und 5.5.2.3) initiiert, um die Selbstkonzeptbereiche in den Mittelpunkt des Gesprächs zu stellen. Nach einer ausführlichen Literaturrecherche und Einarbeitung in das Thema „Selbstkonzept“ und „krebskranke Kinder“ wurde ein Interviewleitfaden¹¹ für die Untersuchungseinheiten entwickelt, um die Kinder zwar auf bestimmte Thematiken bezüglich des Selbstkonzeptes zu lenken, aber dennoch offene Erzählungen der Kinder zuzulassen. Der Leitfaden bestand aus folgenden inhaltlichen Aspekten:

- Aspekte des Körper-Selbstkonzeptes: Fragen zum Körperwissen und Körpergefühl;
- Aspekte des Fähigkeitskonzeptes: Fragen zu den physischen und kognitiven Fähigkeiten und deren Bewertung;
- Aspekte der Krebserkrankung: von den Kindern vermutete Auswirkungen der Krankheit auf bestimmte Selbstkonzeptbereiche bzw. auf ihr alltägliches Leben;

Der Umfang der Fragen wurde auf die Zeitdauer der geplanten Einheiten (ca. 30 Minuten) und die Konzentrationsfähigkeit der Kinder in diesem Alter angepasst. So umfasste ein Interview ca. acht Hauptfragen, die zuerst so formuliert wurden, dass die Kinder zum Erzählen aufgefordert wurden wie: „Erzähl mir bitte, was du so alles kannst!“ Wenn diese Fragen nicht ausreichten, wurden den Kindern Unterfragen gestellt. So wurde zum Beispiel gefragt, was denn seine Hände gut können. Manche Fragen wurden auch in veränderter

¹¹ Interviewleitfaden (siehe Anhang)

Form in anderen Einheiten nochmals gestellt, um zu überprüfen, inwiefern auf dieselben Fragen unterschiedlich geantwortet wurde oder ob zentrale Tendenzen feststellbar sind. Sprachliche Aussagen der Kinder sind nach Eggert, Reichenbach und Bode (2003, 127f) sehr wichtig für die Erfassung von verschiedenen Selbstkonzeptaspekten, da diese direkt vom Kind stammen und so der geringsten Gefahr einer Interpretation ausgesetzt sind. Anhand gezielter Fragen wurde das Gespräch mit den Kindern angeregt, um so Auskünfte über deren Selbstvorstellungen zu erhalten.

Die Interviews wurden mittels MP3-Player aufgezeichnet und anhand einheitlicher Transkriptionsregeln schriftlich festgehalten, um sie anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse auswerten zu können, worauf im Kapitel 5.6 noch eingegangen wird. Zusätzlich wurde ein von Witzel so genanntes „Postskriptum“ im Anhang an das Interview erstellt, sodass sowohl Rahmenbedingungen des Interviews, Beobachtungen während des Interviews z.B. beim Kind, Gefühle des Interviewers etc. festgehalten werden konnten, die zu einem erweiterten Verständnis des Interviews beitragen könnten. (Witzel 1982, 91f)

Neben dem Leitfaden, den Tonbandaufzeichnungen und dem Postskriptum ist ein weiteres Element des problemzentrierten Interviews ein Kurzfragebogen vor dem Interview, um demographische Daten der Befragten wie Alter, Wohnsituation etc. zu ermitteln und diese somit aus dem Interview herauszuhalten, sodass der Erzählfluss nicht gestört wird (Witzel 1982, 90). Da es sich bei der Fallgruppe um Kinder handelte, wurde dieser Kurzfragebogen als „Datenblatt“¹² bezeichnet und den Eltern der Kinder vorgelegt. Dieses Datenblatt enthielt sowohl Fragen über biographische Daten ihres Kindes als auch Fragen zu dessen Selbstkonzept. Zusätzlich sollten die Eltern aus eigener Sicht ihr Kind in verschiedenen Selbstkonzeptbereichen einschätzen (Fremdbild). Baldering (1993, 172) betont, dass die Einschätzungen der Eltern wichtige Informationen neben den Selbsteinschätzungen der Kinder liefern und die Selbstsicht-Daten der Kinder differenzieren können. Somit konnten die Aussagen der Eltern mit denen der Kinder verglichen werden und mögliche Unklarheiten aufklären. All dies trägt dazu bei, das Selbstkonzept der krebskranken Kinder transparent zu machen.

5.5.2.5 Beobachtungen

Beobachtungen sollen das äußere, sichtbare Verhalten der Kinder in bestimmten Handlungen erfassen (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 124). Da die krebskranken Kinder

¹² Datenblatt (siehe Anhang)

der Fallstudie aufgrund verschiedener Bedingungen wie kurze Spitalsaufenthalte oder schlechtem Befindlichkeitszustand den Heilstättenunterricht nicht regelmäßig besuchten, konnten nur wenige Beobachtungen pro Kind durchgeführt werden. Wenn Kinder den Heilstättenunterricht besuchten, wurde einerseits das Verhalten des krebserkrankten Kindes, andererseits das heilpädagogische Handeln der PädagogInnen fokussiert und in einem für diese Untersuchung entwickelten Beobachtungsbogen¹³ festgehalten (Fichtner 2000, 14). Der Beobachtungsbogen umfasste Kategorien wie Beobachtungsort, Verhalten des Kindes, Verhalten der PädagogInnen, Verhalten anderer Kinder etc. So sollte herausgefunden werden, wie sich die Kinder im Heilstättenunterricht verhielten, wie Sozialkontakte zu anderen stattgefunden haben, wie sie sich über sich selbst äußerten etc. Ein weiterer Beobachtungsschwerpunkt wurde auf die heilpädagogischen Maßnahmen der HeilstättenlehrerInnen gelegt. Es sollte herausgefunden werden, wie die PädagogInnen mit den krebserkrankten Kindern arbeiten, welche Haltung den Kindern entgegengebracht wird etc. Dadurch kann eine Rückbindung an die Theorie erfolgen, um herauszufinden, inwiefern heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst des erkrankten Kindes beitragen könnte. Da nur wenige Beobachtungen im Heilstättenunterricht des AKH Wien zu Stande gekommen sind, dienen diese lediglich der Ergänzung und Explikation der erhobenen Daten durch Befragung, Interview etc.

5.5.3 Untersuchungsplan für die Erfassung von Selbstkonzeptdaten krebserkrankter Kinder im Alter von 9 bis 12 Jahren

Da ich mehrmals die Woche den Heilstättenunterricht des AKH Wiens besuchte, fand der Erstkontakt zu den Kindern der Fallgruppe meist zufällig statt. Einerseits wurden Kinder, die gerade stationär aufgenommen waren, angesprochen, ob sie Lust hätten mitzumachen. Andererseits wurden Kinder durch Eltern, die ich bereits kennengelernt hatte, vermittelt und so auf mich verwiesen. Nachdem ich dem Kind und seinen Eltern den Untersuchungsplan erklärt und einige Arbeitsblätter exemplarisch hergezeigt hatte, begann ich mit den Einheiten. Hierzu wurden von Woche zu Woche Termine ausgemacht, wann ich das Kind wieder aufsuchen darf. Der zusammengestellte Untersuchungsplan¹⁴ umfasste insgesamt sechs Einheiten, wobei in jeder Einheit bestimmte Teilbereiche des Selbstkonzeptes im Vordergrund standen. Dabei wurden sowohl Befragungen,

¹³ Beobachtungsbogen (siehe Anhang)

¹⁴ Untersuchungsplan (siehe Anhang)

Arbeitsprodukte, problemzentrierte Interviews als auch Beobachtungen¹⁵ durchgeführt, wie bereits erläutert wurde. Die Einheiten waren aufbauend und wurden wie folgt umgesetzt:

| 1. Einheit | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------|---|---|----------------------|---|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Körper-konzept | „Menschliche Gestalt“ | AP und PI | Das Kind soll eine menschliche Figur zeichnen, die ihm gerade in den Sinn kommt. | Zeichne eine menschliche Figur, die dir gerade in den Sinn kommt! | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Anfertigen der Zeichnung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Danach beginnt der Forscher ein Gespräch mit dem Kind über das Bild (Gesprächsleitfaden). Gespräch aufnehmen. |
| Körper-konzept | „Ich bin“ | B | Dem Kind wird ein Arbeitsblatt mit Eigenschaften vorgelesen und es soll jene Eigenschaften, die auf seinen Körper zutreffen, anmalen. | „Und jetzt möchte ich wissen, wie du so bist!“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). Bei einzelnen Eigenschaften nachfragen z.B. Was genau findest du an dir schön/nicht so hübsch? |
| 2. Einheit | | | | | | |
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Körper-konzept | „Was ich an meinem Körper mag“ | B und PI | Dem Kind wird eine Vorlage eines Kindes gezeigt, auf der es einkreisen soll, was es an seinem Körper mag/nicht mag. | Welche Körperteile an dir magst du? Welche magst du nicht so? Kreise diese mit zwei unterschiedlichen Farben ein (z.B. rot = mag ich, blau = mag ich nicht)? Woran liegt das? | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes bei der Durchführung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Danach beginnt der Forscher ein Gespräch mit dem Kind über das Bild (Gesprächsleitfaden). Gespräch aufnehmen. |
| emotionales/soziales Selbst | „Wie sehe ich mich“ | B | Dem Kind werden Gegensatzpaare (Eigenschaften) vorgelesen und es soll sich immer für eine Eigenschaft entscheiden. | „Und jetzt möchte ich noch wissen, wie du dich so fühlst, wie du so bist! Bist du eher.....oder eher....“ | Stifte, Arbeitsblatt | Besonderheiten festhalten. Kommentiert das Kind seine Eigenschaften? Nachfragen, warum es meint, so zu sein. Gespräch aufnehmen. |
| 3. Einheit | | | | | | |
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Körper-konzept | „Steckbrief – Das bin ich“ | AP und PI | Das Kind versucht sich selbst zu zeichnen. | Male dich so, wie du aussiehst! | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes bei der Durchführung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Danach beginnt der Forscher ein Gespräch mit dem Kind über das Bild (Gesprächsleitfaden). Gespräch aufnehmen. |
| emotion./soziales Selbst | „Ich bin“ | B | Das Kind soll zutreffende Eigenschaften, anmalen. | „Und jetzt möchte ich wissen, wie du innerlich so bist, wie du dich so fühlst“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). |

15 Legende im Untersuchungsplan: Befragung (B), Arbeitsprodukt (AP), problemzentriertes Interview (IW), Beobachtung (Bo)

| 4. Einheit | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----------|--|---|----------------------|---|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers: |
| Fähigkeits-konzept | „Was ich alles kann – Stufenleiter“ | AP und PI | Das Kind soll auf einem Blatt aufschreiben/aufmalen/ was es besonders gut und was es nicht so gut kann. Danach soll das Kind auf einer Stufenleiter die eben genannten Fähigkeiten einschätzen (super, gut, geht so, nicht gut). | „Was kannst du besonders gut? Und was kannst du nicht so gut?“ „Wie gut kannst du....?“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes bei der Durchführung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Gespräch aufnehmen (Gesprächsleitfaden). |
| Körper-konzept | „Körper innen-leben“ | AP und PI | Das Kind soll in einem großen Körperbild sein Innenleben (Organe, Knochen) aufzeichnen. | „Vervollständige diesen Körper. Wie sieht es in deinem Körper drinnen aus? Was magst du in deinem Körper und was nicht so gern? Kreise diese mit zwei unterschiedlichen Farben ein (z.B. rot = mag ich, blau = mag ich nicht)?“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). Gespräch beginnen (Gesprächsleitfaden). |
| Fremdbild | „Wie sehen mich andere?“ | B | Dem Kind werden Gegensatzpaare (Eigenschaften) vorgelesen und es soll sich immer für eine Eigenschaft entscheiden. | „Wie denkst du sehen dich andere? Wie glaubt z.B. deinen Mama, das du bist? Bist du eher... oder eher....?“ | Stifte, Arbeitsblatt | Besonderheiten festhalten. Kommentiert das Kind seine Eigenschaften? Gespräch aufnehmen. |

| 5. Einheit | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|----------|--|--|----------------------|---|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Fähigkeits-konzept | „Ich bin“ | B | Das Kind soll jene Eigenschaften, die zutreffen, anmalen. | „Heute möchte ich wissen, wie du z.B. so in der Schule bist! Male die Dinge an, die für dich stimmen!“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). Bei einzelnen Eigenschaften nachfragen z.B. Warum denkst du, dass du schlau bist? |
| Fähigkeits-konzept | „Was du alles kannst“ | B und PI | Dem Kind werden Kategorien vorgegeben (super - gar nicht), in denen es vorgegebene Eigenschaften einschätzen soll! | „Welche von diesen Tätigkeiten kannst du? Was kannst du wie? Welche Tätigkeiten kannst du, die hier nicht abgebildet sind? Was machst du am liebsten von all diesen Dingen? Was machst du weniger gern?....“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung: Welche Fähigkeiten benennt das Kind? Was fällt dem Kind leichter/schwerer, die guten oder die nicht so guten Fähigkeiten? Gespräch aufnehmen (Gesprächsleitfaden) |

| 6. Einheit | | | | | | |
|---|----------------|---------|---|---|--------------------|---|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Fähigkeits-konzept, Körper-konzept Peer-akzeptanz | „Harterskalen“ | B | Dem Kind werden Fragen vorgelesen und Bildpaare gezeigt. Das Kind soll zuerst eines der gezeigten Bilder auswählen, das eher passt und dann zusätzlich entscheiden, ob das Bild ganz zutreffend oder nur einigermaßen zutreffend ist. | „Ich möchte mit dir ein Spiel spielen. Ich lese dir jetzt Sätze vor, die beschreiben, wie Kinder sein können. Mich interessiert aber besonders wie DU bist. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, weil jedes Kind eben anders ist“ | Kärtchen und Boxen | Quantitative Auswertung der Harterskalen (Errechnung des Mittelwertes). |

| | | | | | | |
|---------------------|----------|-----------------------------|--|--|--|--|
| Abschluss- runde | Abschied | Ab- schluss- gespräch | Es wird eine Abschlussrunde veranstaltet, wo das Kind gefragt wird, wie ihm diese Angebote gefallen haben und ob es noch fragen hat. | | | |
|---------------------|----------|-----------------------------|--|--|--|--|

Bevor mit der Einheit begonnen wurde, erstellte das Kind ein Stimmungsbarometer¹⁶ über seine momentane Gefühlslage. Im Durchschnitt dauerten die Einheiten 30 Minuten. Durchgeführte Beobachtungen im Heilstättenunterricht des AKH Wiens sollten die ermittelten Selbstkonzeptdaten der Kinder ergänzen.

5.6 Darstellung der Auswertungsmethoden

Nach der Darstellung der Erhebungsmethoden der vorliegenden Untersuchung werden im folgenden Kapitel die Methoden, die für die Auswertung der ermittelten Selbstkonzeptdaten der krebskranken Kinder der Fallgruppe zur Anwendung gekommen sind, aufgezeigt.

Nach Flick (2002, 111f) ist vor der Auswertung von Daten zu unterscheiden, ob das erforschte Feld möglichst breit, also in seiner Vielschichtigkeit durch möglichst viele Fälle untersucht werden soll, oder ob tiefgründige Analysen angestrebt werden, um bei einzelnen Fällen in ihre Tiefenstrukturen vorzudringen. In der vorliegenden Untersuchung wird die Tiefenanalyse angestrebt, um die Einzelfälle möglichst ganzheitlich zu erfassen und so den Einfluss der Krankheit Krebs auf das Selbstkonzept der untersuchten Kinder darstellen zu können (Schuppener 2005, 184). Hierzu werden alle Daten jedes einzelnen Kindes zusammengetragen und in die Auswertung miteinbezogen.

Nachdem Kontakt zu mehreren AutorInnen und ForscherInnen aus der Selbstkonzeptforschung aufgenommen wurde, um Tipps für die Auswertung meiner Selbstkonzeptdaten zu bekommen, hat sich herausgestellt, dass es nichts Konkretes für die Auswertung qualitativer Studien in diesem Forschungsbereich gibt und die meisten vorliegenden Studien bisher quantitativ behandelt wurden. Einerseits wurde mir meist zur qualitativen Inhaltsanalyse geraten, die sich vor allem für die Analyse des sprachlichen Materials (Interviews) anbietet, andererseits wurde vorgeschlagen, sich selbst ein passendes Auswertungsschema zusammen zu stellen. Um das Selbstkonzept und die subjektive Sichtweise der krebskranken Kinder dieser Studie angemessen rekonstruieren zu können, wurde der Schwerpunkt der Auswertung auf die gesammelten Daten der krebskranken

¹⁶ Stimmungsbarometer (siehe Anhang)

Kinder durch die problemzentrierten Interviews gelegt, die zusätzlich mit den Informationen aus den Kinderzeichnungen und den diagnostisch ermittelten Daten wie Adjektivlisten und Harterskalen ergänzt und bereichert wurden.

Nach Flick (2002, 138) liegt der theoretische Hintergrund des problemzentrierten Interviews in der „Auseinandersetzung mit subjektiven Sichtweisen“, weshalb sich diese Art von Interview für die Bearbeitung der Forschungsfrage dieser Arbeit anbietet. Es ist eine Form des halbstrukturierten Interviews und ermöglicht trotz Fokussierung des Gespräches auf eine bestimmte Thematik bzw. auf ein bestimmtes Problem auch auf offene Erzählimpulse der Interviewten zu reagieren, wie bereits in Kapitel 5.5.2.4 erläutert wurde. Nachdem die problemzentrierten Interviews mit den Kindern der Fallgruppe durchgeführt und mittels MP3-Player aufgenommen wurden, konnten diese anhand einheitlicher Transkribierregeln schriftlich festgehalten werden, um so Vorstellungen der Kinder transparent machen zu können. Im Forschungsprogramm „Subjektive Theorien“ wird versucht, Vorstellungen soweit ins Bewusstsein zu erheben, dass sie zu allgemeinen Aussagen führen können (Marsal 1995, 18). Daher wurde für die Auswertung der Interviewtranskripte die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen. „Im Sinne einer *induktiven Theoriegewinnung* (siehe BORTZ & DÖRING 1995; MAYRING 1999) soll das inhaltsanalytische Vorgehen dazu dienen, mittels eines strukturierten und systematisierten Ablaufes von einzelnen, besonderen Aussagen Rückschlüsse auf allgemeine Erkenntnisse zu ziehen.“ (Schuppener 2005, 184, Hervorhebung im Original) „Die Interpretation von Texten dient der Theorieentwicklung“ meint auch Flick (2002, 257).

Im Folgenden wird die Auswertung der problemzentrierten Interviews dieser Untersuchung mittels qualitativer Inhaltsanalyse erläutert.

5.6.1 Die qualitative Inhaltsanalyse – Auswertung der Interviews

Die Gesamtzahl der voll transkribierten und auswertbaren Interviews beläuft sich auf sechs pro Kind, also insgesamt auf 36 Interviews. Je nach Erzählumfang der Kinder umfassen die Transkripte pro Interview zwischen 2 und 10 getippten DIN A4-Seiten. Um zentrale Tendenzen der krebserkrankten Kinder im Datenmaterial ausmachen zu können, müssen die ermittelten Daten erstmals aufbereitet und neu geordnet werden. Moser (2003, 126) verweist dabei auf drei Schritte der qualitativen Datenanalyse, die für diese Arbeit herangezogen wurden: das Codieren der Daten, die Verarbeitung der Daten (Reduktion)

und die Explikation der Daten.

5.6.1.1 Das thematische Kodieren der Daten

Kodieren bedeutet, dass Textpassagen bestimmten Kategorien zugeordnet werden, wodurch eine erste Strukturierung und Bestimmung der Daten entsteht (Moser 2003, 126). Da es sich bei der vorliegenden Studie um den Vergleich von Einzelfallanalysen krebskranker Kinder handelt, bietet sich das thematische Kodieren an, dass in Anlehnung an Strauss (1994) „für vergleichende Studien mit aus der Fragestellung abgeleiteten, vorab festgelegten Gruppen entwickelt worden [ist]“ (Flick 2002, 271). Das Augenmerk der Forschung wird dabei auf „gruppenspezifische Sicht- und Erfahrungsweisen (...) auf ein Phänomen oder einen Prozess“ (a.a.O.) gelegt. Hierfür wird das thematische Kodieren als mehrstufiges Vorgehen angewendet: In einem ersten Schritt wird jeder Einzelfall kurz beschrieben und dargestellt. Diese Falldarstellung beinhaltet eine für die Forschung typische Aussage, eine kurze Personendarstellung (Alter, Wohnsituation etc.) und die zentralen Themen des im Interview angesprochenen Untersuchungsgegenstandes. Diese Fallbeschreibung wird im Laufe der weiteren Interpretation der Daten ständig überprüft und modifiziert. (Flick 2002, 272) Danach wird ein Kategoriensystem für den ersten Fall entwickelt, das in den weiteren Analysen mit den thematischen Bereichen der anderen Fälle abgeglichen und erweitert wird, sodass die Vergleichbarkeit dieser gegeben sind. Hierfür wird in Anlehnung an Strauss zuerst offen und dann selektiv kodiert. (Flick 2002, 273f) Beim offenen Kodieren werden Aussagen unter vorläufigen gebildeten Kategorien („Codes“) eingeordnet, die in einem weiteren Schritt, dem selektiven Kodieren, verfeinert und genau definiert werden, wodurch eine Generierung thematischer Bereiche erreicht werden soll (Flick 2002, 259). Die dadurch erhaltene thematische Strukturierung dient „dem Fall- und Gruppenvergleich, d.h. der Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten in und Unterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen“ (Flick 2002, 275) bzw. der Fälle. Verallgemeinerungen in diesen Fall- und Gruppenvergleichen dienen der Theorieentwicklung (Flick 2002, 278).

Für die Kategorienentwicklung wurden die von Merten (1995, 147f) definierten Merkmale herangezogen:

- Das Kategorienschema soll theoretisch abgeleitet sein, d.h. es soll mit den Zielen der Untersuchung korrespondieren.

- Es soll vollständig sein, d.h. es soll die Erfassung aller möglichen Inhalte gestatten.
- Die Kategorien sollen wechselseitig exklusiv angelegt sein.
- Die Kategorien sollen voneinander unabhängig sein
- Die Kategorien sollen einem einheitlichen Klassifikationsprinzip genügen.
- Die Kategorien sollen eindeutig definiert sein.

Ausgehend von diesen Merkmalen wurde für die Analyse zuerst ein deduktiv entwickeltes Kategoriensystem in einer ersten Testphase an einen Einzelfall herangetragen, um zu sehen, ob das Kategorienraster das Material abdeckt und auch, um zu ersten induktiven Kategorien zu gelangen. Danach wurde dieses erste entwickelte Kategoriensystem mit den thematischen Bereichen der anderen Fälle abgeglichen und um weitere induktive Kategorien verfeinert, sodass auch das neu aufgetretene Material integriert werden konnte. Anhand dieser Modifikationen präzisierten sich auch die Unterkategorien der zuvor definierten Hauptkategorien. Für jede Kategorie wurden inhaltliche Kriterien definiert (Kodierschema), anhand derer die Textpassagen zugeordnet werden konnten, um so eine erste Strukturierung zu erhalten. Durch die genaue Kriteriendefinition sollten Mehrfachzuweisungen ausgeschlossen werden. Nachdem das Kategorienraster ausreichend modifiziert wurde, konnte es an das gesamte Datenmaterial herangetragen werden. (Moser 2003, 127; Mayring 2003, 74f)

Die deduktiv entwickelten Kategorien umfassten die Selbstkonzeptbereiche Körper-Selbstkonzept und Fähigkeitskonzept (=Hauptkategorien), die durch eine weitere Analyse in Subkategorien unterteilt wurden.

Das Körper-Selbstkonzept wurde in Körperwissen und Körpergefühl gegliedert, da sowohl in der körperbezogenen Diagnostik (Reinecke 2000) als auch in unterschiedlichen Studien (Eggert, Reichenbach, Bode 2003; Lohaus 2006) zwischen dem, was Kinder über ihren Körper und dessen Funktionen wissen (Körperwissen) und dem, wie Kinder ihren Körper erleben, bewerten und empfinden, unterschieden wird. Beide Aspekte wurden für die vorliegende Untersuchung als wichtig angesehen, da beide Subkategorien Auskünfte darüber liefern, was das Kind über seine Krankheit und deren Einwirkung auf seinen Körper weiß. So können Aussagen darüber gemacht werden, was das Kind in seiner momentanen Lebenssituation empfindet und welche Vorstellungen es über sich und sein künftiges Leben entwickelt hat. Gleichzeitig könnten auch Missverständnisse über die

Krankheit aufgeklärt werden. Lohaus und Ball (2006, 157) betonen, dass das Wissen und Verstehen kindlicher Krankheitskonzepte die Zusammenarbeit im Rahmen der Behandlung und Betreuung des Kindes erleichtert. Zusätzlich sollte durch diese Kategorien erkannt werden, ob sich krebskranke Kinder mit ähnlichen Merkmalen (z.B. hübsch, schön) wie gesunde Kinder beschreiben oder ob Unterschiede erkennbar sind.

| Kategorie: Körperkonzept | | | |
|--|---|--|--|
| Subkategorie Körperwissen | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind äußert sich über seine Größe, sein Gewicht, benennt Teile seines Körpers sowohl innen als auch außen und gibt Angaben über bestimmte Körperfunktionen. | Alle Aussagen, die die kognitive Komponente des Körper-Selbstkonzeptes betreffen, wie Größe, Gewicht, das Wissen um Körperteile und Organe und deren Funktionen. | IP1: hm ich hab blaue Augen (<i>lacht</i>) hm ich bin groß, hab lange Beine hm // Z75: Und lange Hände ja Arme oder mittelmäßig. Sonst weiß ich nichts. IP2: Das Herz, das ist damit man überleben kann. Zum Denken hat man das das Gehirn // Luftröhre zum Atmen und die geht auch irgendwie geht meist zum Herzen. Knochen damit es befestigt, also hält oder so // ja |
| Subkategorie Körpergefühl | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind macht Angaben über sein Äußeres, über Einstellungen zum eigenen Körper und äußert Wünsche in Bezug auf seinen Körper. | Alle Aussagen, die die emotionale Komponente des Körper-Selbstkonzeptes betreffen, wie Bewertungen des Körpers (hübsch/nicht hübsch), Einstellungen zum eigenen Körper (zufrieden/unzufrieden) und Idealvorstellungen. | I: Was magst du an deinem Körper gern? IP1: Das er so ist wie er ist und nicht mit mehr Narben und ja. Das es jetzt keine wirklichen Fehloperationen gab, also es ist jetzt nicht irgendwo eine größere Narbe I: Was magst du nicht? IP1: Die Narben, das ich schiele und die Brille. I: Was magst du an deinem Körper gerne? IP2: Meine Haare (<i>lacht</i>) I: Und warum? IP2: Ich weiß nicht. Weiß nicht, die sind so schön. Ich mag meine Haare jetzt einfach sehr. |
| Subkategorie Krankheitseinfluss auf das Körper- Selbstkonzept | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind spricht über einen möglichen Einfluss des Tumors auf den Körper, sowohl innen als auch außen und über eigene Gefühle, Einstellungen und Gedanken. | Alle Aussagen, die auf einen durch das Kind wahrgenommen oder nicht wahrgenommenen Einflusses der Krankheit Krebs auf das Körper-Selbstkonzept hinweisen. | IP1: Ja Haare hab ich jetzt keine (<i>lacht komisch</i>) I: Und vorher? IP1: Hatte ich ganz lange IP2: Die Narben sind immer ein Problem // die mag ich nicht. Deswegen darf ich auch nicht zu kurze Haare haben, weil sonst lachen mich alle aus, weil da sieht man halt dann diese Striche |

Beim Fähigkeitskonzept wurde zwischen körperlichen (physischen, sportlichen) und kognitiven (schulischen) Fähigkeiten unterschieden und dabei die Unterteilung der Harterskalen übernommen. In der Studie sollte herausgefunden werden, in welchen

Fähigkeitsbereich sich krebskranke Kinder zu gesunden Kindern gleichen Alters unterscheiden. Es besteht die Annahme, dass sich die Krankheit hauptsächlich auf die körperlichen Fähigkeiten des Kindes auswirkt und nicht auf die kognitiven. Weiters sollte herausgefunden werden, ob sich krebskranke Kinder ebenfalls wie gesunde Kinder im Schulalter vorwiegend durch Aktivitäten und sportlichen Fähigkeiten definieren. Weiters sollte herausgefunden werden, ob die Kinder denken, dass sich die Krankheit und die dadurch bedingten Sehbeeinträchtigungen auf ihre schulischen Kompetenzen auswirken.

| Kategorie: Fähigkeitskonzept | | | |
|--|--|--|---|
| Subkategorie körperliche Fähigkeiten | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind äußert sich über seine eigenen körperlichen Fähigkeiten z.B. laufen, Tennisspielen und bewertet diese. Es gibt Angaben über seine Handlungskompetenz im sportlichen Bereich und äußert Wünsche in Bezug auf seine körperlichen Fähigkeiten. | Alle Aussagen, die das Kind bezüglich seiner physischen Fertigkeiten (Sportkompetenz, körperliche Fähigkeiten) im Freizeitbereich macht, und diese bewertet (positiv/negativ, Wunschvorstellungen etc.). | I: Was kannst du alles? IP1:Reiten, Klavierspielen, schwimmen und Radfahren. I: Und was kannst du nicht so gut? IP1:Naja beim Laufen, weil ich ja so langsam bin möchte ich halt schneller werden I: Und warum stört dich das? Ja, wenn alle weiter voraus-laufen und ich bin weiter hinten, ja es stört mich nicht wirklich was, aber ich würd schon gern schneller sein. I: Mh. Würdest du denn gern besser als alle anderen sein? IP1: Nein // gleich gut reicht |
| Subkategorie kognitive Fähigkeiten | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind gibt Angaben über seine kognitiven Fähigkeiten, vor allem im schulischen Bereich und bewertet diese. Es äußert sich über seine Handlungskompetenz im schulischen Bereich und äußert Wünsche in Bezug auf seine kognitiven Fähigkeiten. | Alle Aussagen, die das Kind bezüglich seiner kognitiven Fähigkeiten (Schulkompetenzen) macht und wie es diese bewertet (positiv/negativ, Wunschvorstellungen etc.). | IP1: Ja, bin mathematisch relativ gut begabt. Also ich mein von 92 bin ich 18. geworden beim Kängurustest I: (<i>lacht</i>) IP1: Ja das muss man auch mal hinkriegen (<i>lacht auch</i>). Ja! // und sonst in Deutsch bin ich nicht wirklich gut, eben wegen der Legasthenie und dem Ganzen ja und so ja in Englisch bin ich gut. |
| Subkategorie Krankheitseinfluss auf das Fähigkeits-Selbstkonzept | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind spricht über einen möglichen Einfluss des Tumors sowohl auf seine körperlichen als auch kognitiven Fähigkeiten und über eigene Gefühle, Einstellungen und Gedanken. | Alle Aussagen, die auf einen durch das Kind wahrgenommen oder nicht wahrgenommenen Einfluss der Krankheit Krebs auf das Fähigkeits-Selbstkonzept hinweisen. | IP1:Beim Laufen, dass ich nicht so schnell laufen kann wie früher. IP2:Wir wollten wir wollten (<i>Turniere reiten</i>) aber jetzt bin ich im Spital und das geht nicht hm (<i>lacht spöttisch</i>) IP3:Ja die einen können besser schreiben, weil sie lesen können und weil sie sehen. Aber sonst eigentlich nix. |

Da speziell der Einfluss der Krankheit Krebs auf das Selbstkonzept des krebskranken Kindes in dieser Arbeit untersucht werden sollte, wurde zusätzlich bei jedem Selbstkonzeptbereich die Subkategorie „Krankheitseinfluss“ gebildet. Einige Arbeiten

beschäftigen sich nach Filipp (1995, 19f) mit dem Verständnis von Kindern über Krankheiten (Krankheitstheorien), da davon ausgegangen wird, dass das Wissen über die Krankheit die Krankheitsbewältigung beeinflusst. Dabei wird jedoch meist nicht gefragt, wie Kinder die eigene Krankheit erleben, dem in dieser Arbeit nachgegangen werden sollte. Es sollte aufgezeigt werden, inwiefern die krebserkrankten Kinder einen Einfluss der Krebserkrankung auf ihr Selbstkonzept wahrnehmen oder nicht. Wie begründen diese Kinder mögliche Defizite in der Schule und welche Einschränkungen durch die Erkrankung sind erkennbar? Die Kategorie „Krankheitseinfluss“ kann Aufschluss darüber geben, inwiefern die Krebserkrankung als Störfaktor vom Kind erlebt wird oder nicht und welcher Einfluss von anderen (Forscherin, Eltern, PädagogInnen) bemerkt wurde. All dies kann wesentliche Aspekte für die Beantwortung der Forschungsfrage ergeben.

Zusätzliche Themen, die im Material aufgetaucht sind, wurden zur Erweiterung des Kategoriensystems genutzt und ergaben folgende induktive Kategorien:

| Induktive Kategorie: | | | |
|---|---|--|--|
| Subkategorie emotionales/ reales Selbst | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind macht Angaben über seine emotionale Gestimmtheit und beschreibt sich anhand von Gefühle und Persönlichkeitseigenschaften z.B. meist fröhlich, mutig etc. | Alle Aussagen, die das Kind bezüglich seiner Gefühle, Einstellungen und Vorstellungen über sich selbst macht (Realselbst), die in keine andere Kategorie einordbar sind. | IP1: <i>(klebt neutrales Gesicht auf Stimmungsbarometer und begründet)</i> Weil mir schlecht ist IP2: Ja, also lustig meine Freundi Freunde Freundinnen und Freunde finden mich eigentlich lustig und ich find mich auch lustig irgendwie |

| Induktive Kategorie: | | | |
|------------------------------|---|---|--|
| Subkategorie soziales Selbst | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind macht Angaben über seine Peergroup, seine Stellung im Klassenverband und über seine Sozialbeziehungen. | Alle Aussagen, die das Kind über Beziehungen zu anderen Personen, vorwiegend zu FreundInnen und Gleichaltrigen, macht und bewertet und wie er sich gegenüber anderen verhält und darstellt. | I: Spielst du lieber mit anderen oder alleine? IP2: Ganz ehrlich // lieber alleine. Ja <i>(seufzt)</i> weil alleine kannst du sagen, was du machen willst, kannst nach deinen Regeln spielen und bestimmen. Zu zweit ist es halt manchmal lustiger. So Kartenspiele spielen oder Ipot spielen. Den Ipot hab ich meistens immer mit. |

| Induktive Kategorie: | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| Subkategorie Fremdbild | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind macht Angaben darüber, wie es denkt, dass es andere Personen sehen und beurteilen. | Alle Aussagen des Kindes, die auf Fremdbeurteilungen und Wertschätzungen anderer Personen beruhen. | IP1 <i>(spricht als beste Freundin über sich selbst)</i> : Sie ist fleißig, weil sie macht Mathe sehr viel und nicht faul, dass sie nichts machen würde. |

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| Induktive Kategorie: | | | |
| Subkategorie Studie | Definition der Kategorie: | Kodierregeln: | Ankerbeispiel: |
| | Das Kind macht Aussagen zu Arbeitsblättern und äußert sich gegenüber der Studie. | Alle Aussagen, die das Kind während oder nach der Durchführung zu Arbeitsblättern, Befragungen (allgemein zur Studie) macht und wie es die Studie bewertet. | I: Wie waren diese Fragen für dich? IP1: Ähm teilweise schwer. Naja über manche Sachen hab ich schon nachgedacht, aber über manche nicht. IP2: <i>(fühlt Tastmaterialien)</i> <i>(lacht)</i> Das sind super Sachen. |

Anhand der eben beschriebenen Kategorienerstellung wurde das Material in einem ersten Schritt systematisch zerlegt, indem Textpassagen der Interviews den einzelnen Kategorien zugeordnet werden konnten. Dadurch können in einem weiteren Schritt, „zentrale Tendenzen“ (Moser 2003, 126) der Einzelfälle ausgemacht werden, worauf nun näher eingegangen wird.

5.6.1.2 Die Verarbeitung der Daten

Nach der Einordnung der Textpassagen in Kategorien wurden diese mit bestimmten Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) untersucht. Dabei wurde das Material zuerst auf seine wesentlichen Inhalte reduziert, indem ähnliche Aussagen zusammengefasst, das heißt ausschmückende Textanteile, Wortwiederholungen etc. weggelassen und Aussagen der Interviewten sinngemäß (paraphrasiert) wiedergegeben wurden. (Mayring 2003, 61; Schuppener 2005, 187f) Bei der weiteren Verarbeitung ging es einerseits darum, Aspekte zu den Selbstkonzeptbereichen aus dem Datenmaterial herauszufiltern und so zentrale Tendenzen bei den Einzelfällen zu erkennen und andererseits darum, Spannweiten innerhalb der Fälle auszumachen. Dabei wurden die Kategorien miteinander verglichen und zueinander in Beziehung gesetzt (Bündelung). (Moser 2003, 126f) Strauss (1994, 101) spricht hierbei vom „axialen Kodieren“, indem immer „intensiver und konzentrierter“ kodiert wird. Dadurch verdichtete sich die Struktur immer mehr. Danach wurde zusätzliches Datenmaterial an die Interviews herangetragen (explizierende Inhaltsanalyse), um einzelne Textstellen verständlicher/erklärbar zu machen, worauf nun näher eingegangen wird (Mayring 2003, 77; Schuppener 2005, 188).

5.6.1.3 Die Explikation durch weiteres Datenmaterial

Nachdem die Kategorieninhalte zusammengefasst wurden, erfolgte eine weitere Verdichtung des Datenmaterials, indem die in der Untersuchung zusätzlich ermittelten

Daten miteinbezogen wurden. Diese Explikation hat den Sinn der Überprüfung einzelner Selbsteinschätzungen der Kinder, indem weitere erhobene Aspekte aufeinander bezogen und miteinander verglichen werden, sodass zentrale Tendenzen im Selbstkonzept krebskranker Kinder ausgemacht werden können (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 152). Hier ist anzumerken, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine qualitative Studie handelt und daher die Fallgruppe keine repräsentative Stichprobe darstellt, weil die Anzahl der Fälle für eine quantitative Studie zu gering ist. Die erhobenen Tendenzen gelten deshalb lediglich innerhalb dieser Fallgruppe und sind nicht auf andere krebskranke Kinder verallgemeinerbar. Für die Explikation des Datenmaterials wurden sowohl die Arbeitsprodukte der Kinder, die Harterskalen, die Adjektivlisten und die teilnehmenden Beobachtungen herangezogen und anhand bestimmter Techniken aufbereitet und eingebunden, das nun dargestellt wird.

5.6.1.3.1 Deskription der Arbeitsprodukte

Die Arbeitsprodukte der Kinder wurden mittels ausgewählter Literatur (Krenz 1996; Busch 1997; Crotti 1999) und anhand bestimmter Merkmale beschrieben, worauf gleich noch näher eingegangen wird. Dadurch sollten die verbal ermittelten Aspekte der Kinder mit Hinweisen aus ihren Zeichnungen verdichtet werden. Hier ist anzumerken, dass die Kinderzeichnungen der Kinder lediglich beschrieben wurden und von einer Interpretation dieser aus mehreren Gründen abgesehen wurde. Eine diagnostische Bildinterpretation müsste sehr vorsichtig erfolgen, um nicht zu verfälschten „aninterpretierten“ Aussagen über die Kinder zu kommen und zusätzlich wäre hierfür, meines Erachtens, auch eine besondere Qualifizierung z.B. eine maltherapeutische Ausbildung, psychologische Ausbildung etc. nötig, die ich nicht habe. Trotzdem beinhalten Kinderzeichnungen Vorstellungen, Phantasien und Gedanken, die in den Bildern zum Vorschein kommen und so zu weiteren Aussagen über deren Selbstkonzept führen könnten (Busch 1997, 197).

Bilder sind immer im Kontext, also ganzheitlich, zu betrachten, um sie nicht aus ihrem Symbolgehalt herauszureißen (Krenz 1996, 106). Daher wird die Bildbeschreibung in der vorliegenden Untersuchung als Unterstützung zu den bisher gesammelten Daten herangezogen und im Kontext der Entstehung betrachtet. Hierfür wurden folgende Kinderzeichnungen des Untersuchungsplans genau betrachtet, da diese wesentliche Aspekte

der Vorstellungen der Kinder über sich selbst beinhalten: „menschliche Gestalt“, „Steckbrief“ und „Körperinnenleben“. Bei der „menschlichen Gestalt“ sollte das Kind einen Menschen zeichnen, der ihm gerade in den Sinn kommt und wie es sich diesen vorstellt. Dieser „Mensch-Zeichen-Test“ wird häufig in psychologischen Testungen miteinbezogen, da angenommen wird, dass sich Kinder hierbei unbewusst selbst zeichnen und sich ihr Selbstkonzept in der Menschzeichnung widerspiegelt (Crotti 1999, 70; Reinecke 2000, 51) Bevor die Arbeitsprodukte mit krebskranken Kindern durchgeführt wurden, fand ein Pre-Test mit zwei gesunden Kindern im Alter von sechs und acht Jahren statt. Die Aufgabe wurde sofort verstanden und ohne große Überlegungen umgesetzt. Dies konnte auch bei den krebskranken Kindern der Fallgruppe beobachtet werden. Nach Crotti (1999, 70) lassen sich Ähnlichkeiten zwischen den Eigenschaften der abgebildeten Person und des Zeichners selbst feststellen, was sowohl in dieser Untersuchung als auch bei den Pre-Tests mit gesunden Kindern bestätigt werden konnte. Auch wenn die Kinder angaben, eine Fantasiefigur gezeichnet zu haben, waren viele Übereinstimmungen zu ihrem „Steckbrief“ erkennbar, bei dem sie sich selbst zeichnen sollten.

Für die Untersuchung wurden die „menschliche Gestalt“ und der „Steckbrief“ sowohl einzeln als auch im direkten Vergleich betrachtet, um so zu Vorstellungen der Kinder über sich selbst zu gelangen wie über ihr Aussehen, über ihren Körper etc. Beim „Körperinnenleben“ ging es hauptsächlich darum, zu erfahren, welches Wissen die Kinder über den Körper haben und wie sie sich ihr Körperinnenleben vorstellen. Dabei sollte herausgefunden werden, inwiefern die Kinder über ihre Erkrankung Bescheid wissen und welchen körperlichen Einfluss sie dem Tumor zuschreiben. Zusätzlich konnte so ein Gespräch über die Krankheit angeregt werden, wodurch ebenfalls wichtige Hinweise für das Selbstkonzept zustande kamen. Welche Informationen gesammelt wurden, wird im Kapitel 6 im Zusammenhang der restlichen Ergebnisse ausführlich dargestellt.

Für die Deskription der Kinderzeichnungen wurde ein eigenes Kategoriensystem¹⁷ entwickelt. Hierfür wurden Elemente der diagnostische Bildanalyse (Krenz 1996; Busch 1997; Crotti 1999) aufgenommen, die verschiedene Aspekte berücksichtigt, die kurz erklärt werden.

¹⁷ siehe S. 104 dieser Arbeit

In der diagnostischen Bildanalyse wird sowohl die Zeitebene als auch die Persönlichkeitsebene berücksichtigt. Dabei wird das Zeichenblatt jeweils in drei Ebenen eingeteilt. Für die Zeitebene wird das Blatt von links nach rechts in die drei Spalten Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft unterteilt. (Krenz 1996, 104; Crotti 1999, 78) Nach Krenz (1996, 104) sind viele Kinderbilder in der Mitte des Zeichenblattes angesiedelt, da Kinder aus ihren „*gegenwärtigen*“ Gefühlen heraus ihren persönlichen Ausdruck und Erzählwert wählen“ (Krenz 1996, 104; Hervorhebung im Original). Hier ist jedoch anzumerken, dass diese Einteilung nicht statisch, sondern im Kontext der Zeichensituation zu betrachten ist. Auch die Blickrichtung der gezeichneten Personen kann Aussagen darüber liefern, ob das Kind Elemente der Vergangenheit (Blick nach links) oder Zukunft (Blick nach rechts) anspricht (Krenz 1996, 92).

Bei der Persönlichkeitsebene wird das Zeichenblatt von oben nach unten in drei waagrechte Zonen, Handeln (motorische Ebene, unten), Fühlen (emotionale Ebene, Mitte) und Denken (kognitive Ebene, oben) unterteilt. Nutzt ein Kind eher die Handlungsebene für seine Zeichnungen, könnte dies darauf hindeuten, dass es sich seiner Handlungskompetenz und Aktivität voll bewusst ist. (Krenz 1996, 101) So genannte Schwebebilder (gezeichnete Personen hängen in der Luft) können die Unsicherheit eines Kindes, keinen Boden unter den Füßen zu spüren, ausdrücken (Krenz 1996, 91). Für die vorliegende Untersuchung wurden diese beiden Ebenen als Kategorien aufgenommen, da sie Zusatzinformationen darüber liefern könnten, was das Kind beschäftigt, welche verschiedenen Ebenen/Zonen es vorwiegend nutzt und in ihnen ausdrückt, ohne die Kinderzeichnungen zu interpretieren.

In der Kategorie „Bildbeschreibung“ wurde genau angeführt, was das Kind gemalt hat und auch, welche Angaben das Kind über sein Bild gemacht hat wie, dass es sich um eine Fantasiefigur handle.

In der Kategorie „Bildanfertigung“ wurden Beobachtungen, die während des Anfertigen des Bildes in der Untersuchung und auch beim Betrachten der Zeichnung aufgefallen sind, niedergeschrieben. So wurde festgehalten, wieviel Zeit das Kind beim Anfertigen aufwendete, ob es währenddessen sprach etc.

In der Kategorie „Besondere Auffälligkeiten“ wurde all das festgehalten, das bei der Analyse des Bildes zum Vorschein kam: ob bestimmte Körperteile weggelassen wurden, Ähnlichkeiten zwischen Bildern auftraten, etwas noch dazu gemalt wurde etc. Es wurden auch Vermutungen darüber geäußert, in welchem Zusammenhang die Auffälligkeiten stehen könnte, ohne jedoch allgemeine Aussagen oder Interpretationen über das Kind zu

machen.

Nach der Deskription der Kinderzeichnungen wurden sowohl die Zeichnungen eines Kindes auf „zentrale Tendenzen“ hin untersucht wie zum Beispiel auf Merkmale, die immer wieder gezeichnet oder weggelassen wurden, als auch die Zeichnungen mit denen der anderen Kinder der Fallgruppe verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede ausmachen zu können.

Kategorienraster für die Deskription der Kinderzeichnungen:

| Kind 1 | | | | | |
|---------------------|---------------------------------------|--|---|--|---|
| Arbeitsprodukt | Zeitebene | Persönlichk. Ebene | Bildbeschreibung | Bildanfertigung | Besondere Auffälligkeiten |
| menschliche Gestalt | Bild mittig ausgerichtet => Gegenwart | deutliches Schwebbild = Person ist nicht mit Boden verbunden; Das Bild reicht in die Handlungs- und Gefühls-ebene, nicht in die kognitive Ebene. | Das Kind zeichnet sich mit blonden Haaren, hat zwei Zöpfe auf der Seite, eine kleine Nase und einen riesigen Mund, den es, nach eigenen Angaben, fürs Sprechen benötigt. Das Kind sagt, dass die menschliche Gestalt „ein hübsch hellblaues Kleid und Flip-Flops“ anhat. Weiters meint es, dass es klein und dünn ist und die Gestalt aussieht, als sei sie eine Tierliebhaberin. | Das Kind beginnt ohne große Aufforderung zu zeichnen. Es möchte anschließend noch etwas dazu zeichnen und zeichnet einen Hasen dazu. Das Kind legt die Stifte genau dort zurück, wo es sie genommen hat, geht sehr vorsichtig mit den Materialien um. Es benötigt insgesamt 7 Minuten für die Anfertigung des Bildes. | Das Kind malt den Körper der menschlichen Gestalt nicht aus, die Kleidung und den Hasen hingegen schon. Der Hase blickt nach links bzw. das Kind an, die menschliche Gestalt selbst ist im Profil gezeichnet. Da blau die Lieblingsfarbe des Kindes ist, zeichnet es vermutlich ein blaues Kleid. Sonst wird nichts dazu gezeichnet (kein Himmel, keine Wiese etc.). Die menschliche Gestalt ist nicht mit dem Boden verhaftet (=Schwebbild: könnte auf eine mögliche Unsicherheit bezüglich eigener Handlungskompetenz vielleicht durch Krankheit hinweisen vgl. Krenz S.91). Da es gerade Sommer ist, zeichnet sich das Kind vermutlich in sommerlicher Kleidung. Die menschliche Gestalt lächelt, wie der Hase auch. |
| Steckbrief | Gegenwart | deutliches Schwebbild Das Bild ist vorwiegend in der emotionalen Ebene gezeichnet. | Das Kind malt sich genauso, wie es gerade aussieht. Es zeichnet sich mit unterschiedlich langen Haaren (hat es auch), die es hübsch findet und beschreibt sich, dass es ein lässiges T-Shirt anhat, mit einer weißen Hose und lila Socken. Es zeichnet sich sehr klein und dünn und gibt an, Größe und Gewicht passend fürs Alter zu finden. | Es sieht an sich hinunter und zeichnet sein Gewand genau ab, auch die Haarspange und Socken. Es zeichnet sich zuerst rosa und malt anschließend mit brauner Farbe drüber, da es sich schon etwas braun gebrannt fühlt. Es radiert sowohl die Arme, als auch den Mund und die Nase öfters aus, weil sie nicht gefallen. Es malt zuerst alles mit Bleistift vor und anschließend mit Farben an. Es ist ganz leise und gibt keine Störungen. Es benötigt 12 Minuten für die Anfertigung des Bildes. | Der Körper des Kindes ist diesmal ausgemalt. Es zeichnet sich originalgetreu ab, genau das, was es gerade anhat mit denselben Farben. Es zeichnet nichts dazu, nur sich selbst. Auffallend ist das deutliche Schwebbild, das mehr noch als bei der menschlichen Gestalt in der Mitte des Bildes verankert ist. Die vorwiegende Nutzung des emotionalen Bereiches könnte auf das Übermaß der aktuellen Gefühle hindeuten (Krenz S. 101). Hier meint das Kind, dass sein Gewicht o.k. sei, bei den Interviews gibt es an, dass es Probleme damit hat, dass es soviel zugenommen hat (vermutlich ist die Person auf dem Bild, das Kind von „früher“). Auch diesmal lächelt das Kind wieder. |

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|---|--|
| Körper- innen- leben | | | Das Kind malt sowohl Organe, als auch Knochen und Adern. Es zeichnet auch seinen Tumor genau dort ein, wo er vermutlich liegt. | Es zeichnet zuerst das Herz, dann die Adern, Knochen und Gehirn mit Tumor. Die Sehnerven bessert es aus auf Sehnervenkreuzung. Zuletzt malt es den Darm Es benötigt 8 Minuten. | Das Kind malt den ganzen Innenraum des Körpers aus. Es malt auch den Tumor, den es wie einen Schwammerl malt, weil die Ärzte erklärt haben, dass dieser so ähnlich aussieht. Den Tumor bezeichnet es als „Glückschwammerl“, der eigentlich Glück bringen sollte und deshalb auch irgendwie gemocht wurde. (=Beschönigung?) |
|----------------------------|--|--|--|---|--|

5.6.1.3.2 Auswertung der Harterskalen und Adjektivlisten

Die Harterskalen wurden gemäß den Angaben von Asendorpf und van Aken (1993) von eins bis vier durchskaliert. Dadurch konnten die Punktwerte der einzelnen Items skalenweise addiert und durch sechs dividiert werden, sodass der Mittelwert pro Skala berechenbar war. Der Gesamtwert ergab sich aus der Summe der Mittelwerte aller Items bzw. Skalen. Die ermittelten Werte wurden mit denen bisheriger Studien (Asendorpf, van Aken 1993a; Baldering 1993; Prücher 2002) verglichen. Somit konnte ein Vergleich zwischen den krebskranken Kindern der Fallgruppe und gesunden Kindern gleichen Alters hergestellt werden. Die Adjektivlisten wurden auf ihre Häufigkeiten untersucht und anschließend mit Angaben aus der Literatur (vgl. Lohaus, Larisch 1993; Lehmkuhl 1996) verglichen. Durch die Adjektivlisten konnten zentrale Tendenzen der Fallgruppe dieser Untersuchung ausgemacht und mit den restlichen Daten verglichen werden, um so Hinweise für das Selbstkonzept krebskranker Kinder zu erhalten.

5.6.1.3.3 Teilnehmende Beobachtungen

„Für FeldforscherInnen, die im Rahmen einer <teilnehmenden Beobachtung> am Leben einer bestimmten Gruppe teilnehmen, ist es oft die zentralste Methode, das von ihnen Beobachtete zu protokollieren und präzise aufzuschreiben“ (Moser 2003,79; Hervorhebung im Original). Die Beobachtungen wurden schriftlich in einem Beobachtungsbogen (siehe Kapitel 5.5.2.5.) festgehalten. In diesem Bogen werden „alle Handlungen des Kindes, sein sprachlicher Ausdruck und die nonverbale Kommunikation [vermerkt], um das Kind in allen Persönlichkeitsbereichen erfassen und beurteilen zu können“ (Krenz 1992, 43). Da nur wenige Beobachtungen im Heilstättenunterricht das AKH Wien zu Stande gekommen sind, wurden diese lediglich zur Ergänzung der restlichen Daten der Kinder herangezogen. Zusätzlich konnten sie Auskunft darüber geben, welches heilpädagogische Handeln im AKH Wien mit krebskranken Kindern beobachtet werden konnte.

5.7 Methodenkritische Anmerkungen

Bevor nun auf die Ergebnisse der Studie eingegangen wird, sind noch einige kritische Anmerkungen hinsichtlich der Methoden der vorliegenden Untersuchung anzuführen.

Die erste Kritik besteht darin, dass der Einfluss der Krankheit Krebs auf das Selbstkonzept des Kindes nur in einer Längsschnittstudie vollständig ermittelt werden könnte. Bereits Petermann (1987, 56) betont, dass eine Selbstkonzeptforschung im Verlauf einer Erkrankung längsschnittlich angelegt sein müsste, um dem Prozesscharakter gerecht zu werden. Hierzu schlägt er kombinierte Einzelfallanalysen mit mehreren Messzeitpunkten vor. Auch wenn zwischen den einzelnen Untersuchungseinheiten Zeit verging, stellt die vorliegende Diplomarbeit keine längsschnittliche Untersuchung dar, sodass das Ausmaß der Erkrankung auf das Selbstkonzept dieser Kinder nur ansatzweise feststellbar ist. Um dies genau untersuchen zu können, wäre es notwendig, die Kinder sowohl in der Krankheitsphase (z.B. während des Krankenhauses) als auch nach der Erkrankung (z.B. in der Induktionsphase, Akutphase) oder 5 Jahre nach der Erkrankung (Heilungsphase) zu befragen, sodass der Einfluss der Krankheit auf das Selbstkonzept vollständig erfasst werden könnte. Außerdem ist anzumerken, dass nur eine Annäherung und keine komplette Erfassung des Selbstkonzeptes der krebskranken Kinder dieser Fallstudie möglich war. Trotzdem kann die vorliegende Arbeit als Ansatz dafür gesehen werden, wie sich Kinder während der Krebsbehandlung wahrnehmen und einschätzen, um so in einem weiteren Schritt „Typen“ von krebskranken Kindern bilden zu können.

Ein weiteres Problem in der Selbstkonzeptforschung ist die Tendenz, Fragen gemäß „sozialer Erwünschtheit“ zu beantworten. „Soziale Erwünschtheit“ heißt, dass sich Personen in beschönigender Weise darstellen bzw. so auf Fragen antworten, wie sie denken, dass es von der Gesellschaft erwartet wird (Mummendey 2008, 166). Auch Asendorpf und van Aken (1993a, 86) betonen, dass Kinder dazu neigen, in ihren Antworten ein idealisiertes Selbstbild darzustellen. Es wird angenommen, dass ein mehrstufiger Antwortmodus dieser Tendenz in stärkerem Maße entgegenwirkt als zum Beispiel ein Ja/Nein-Modus (Pior 1998, 46). Daher wurde in der vorliegenden Untersuchung das mehrstufige Antwortformat der Harterskalen beibehalten. Zusätzlich wurde mittels qualitativer Methoden nachgefragt, warum die Kinder zu bestimmten Antworten gekommen sind, um sie zum Nachdenken anzuregen und dem „bloßen Ankreuzen gemäß sozialer Erwünschtheit“ etwas entgegen zu wirken. Trotzdem sind Fehlerquellen in dieser

Untersuchung nicht ausgeschlossen.

Weiters tritt bei der Erfassung von Selbstkonzepten das Problem der Reliabilität und Validität auf. Die Validität ist aufgrund mangelnder Außenkriterien schwierig zu bestimmen, wodurch der/die Forscher/in meist auf weitere Selbstkonzeptmaße durch mehrere Selbsteinschätzungen angewiesen ist (Filipp 1984, 171). Auch Mummendey (2006, 215) schreibt, dass die Selbstwahrnehmung der Person lediglich mit andersartig gewonnenen Selbsteinschätzungen dieser überprüft werden kann. Um diesem zu entsprechen, werden in der vorliegenden Studie unterschiedliche Methoden für die Erfassung der Selbstkonzeptbereiche verwendet, sodass mehrere Selbsteinschätzungen der Kinder gesammelt werden können, die aufeinander bezogen und überprüft werden können. Die Reliabilität bezieht sich auf die Messgenauigkeit und Fehlerfreiheit. Mummendey (2006, 215) verweist darauf, dass zur eigenen Selbsteinschätzung eine fremdvermittelte Selbstbeurteilung vorzunehmen sei, das heißt, dass sich die Person so einschätzen soll, wie sie denkt, dass andere Menschen sie sehen. Diese fremdvermittelten Selbsteinschätzungen korrelieren mit der realen Selbsteinschätzung (Filipp 1984, 185f). Diesem Gütekriterium wurde versucht zu entsprechen, indem das vermutete „Fremdbild“ der erkrankten Kinder erhoben wurde. Hierfür sollten sich die Kinder so einschätzen, wie sie ihr/e beste/r Freund/in sehen würde. Zusätzlich wurde in den Interviews auf Hinweise zu weiteren Fremdeinschätzungen geachtet.

Weiters wurde den Eltern der Kinder ein Datenblatt vorgelegt, um neben Sozialdaten der Kinder auch zu Aussagen über das Selbstkonzept der Kinder von den Eltern zu kommen, die mit denen des Kindes verglichen wurden. Teilnehmende Beobachtungen im Heilstättenunterricht des AKH sollten zusätzlich die ermittelten Daten ergänzen. Leider stellte sich heraus, dass die Kinder nicht regelmäßig den Heilstättenunterricht besuchten, da einige immer nur sehr kurz im AKH stationär aufgenommen waren, so dass nur vereinzelte Beobachtungen zustande gekommen waren. Die wenigen Beobachtungen wurden dafür genutzt, um herauszufinden, wie die heilpädagogische Betreuung krebserkrankte Kinder im AKH Wien stattfindet und inwiefern heilpädagogisches Handeln das Selbst des krebserkrankten Kindes stärken könnte (siehe Kapitel 7)

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse, die im Rahmen der vorliegenden Studie gesammelt wurden, ausführlich dargestellt und in einem letzten Schritt mit der bildungswissenschaftlichen Theorie verbunden, sodass die Forschungsfrage beantwortet werden kann.

6 Ergebnisse der Untersuchung

Nachdem im vorherigen Kapitel die Daten zusammengefasst und mit dem restlichen Material verknüpft wurden, werden in diesem Kapitel die Ergebnisse dieser Untersuchung dargestellt und die Forschungsfrage: „Welchen Einfluss nimmt die Krebserkrankung auf das Selbstkonzept des Kindes und inwiefern kann heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst des erkrankten Kindes beitragen?“ beantwortet.

Da die Transkripte der Interviews aus Datenschutztechnischen Gründen¹⁸ nicht der Diplomarbeit beigelegt werden können, werden die Einzelfälle der vorliegenden Untersuchung ausführlicher dargestellt, um so die zentralen Tendenzen im Selbstkonzept der krebskranken Kinder dieser Fallgruppe aufzeigen zu können. In einem weiteren Schritt wird das Selbstkonzept der krebskranken Kinder dieser Studie mit dem gesunder Kinder desselben Alters aus bisherigen Studien (Asendorpf, van Aken 1993; Baldering 1993; Prücher 2002) verglichen, um so Unterschiede und Gemeinsamkeiten illustrieren zu können. Dadurch werden die Ergebnisse der Untersuchung an den Theorierahmen dieser Arbeit angebunden, um so die zuvor gebildeten theoretischen Vorannahmen (siehe Kapitel 5.4) bestätigen oder verwerfen zu können. In einem letzten Schritt der Datenanalyse soll zu einer ersten Typenbildung krebskranker Kinder hinsichtlich „Krankheitsverarbeitung“ hingeführt werden.

6.1 Darstellung der Einzelfallanalysen

Die Auswahl der Fälle der vorliegenden Untersuchung wurde aufgrund bestimmter Kriterien getroffen, um die Fallgruppe möglichst homogen und somit vergleichbar zu halten, worauf nun noch einmal kurz eingegangen wird.

Die Fallgruppe dieser Studie bestand aus sechs Kindern, die an einem Gehirntumor leiden und im AKH Wien medizinisch als auch pädagogisch (im Heilstättenunterricht) betreut wurden. Da es sich um vier Buben und zwei Mädchen im Alter von 9 bis 12 Jahren handelte, konnten alle Kinder der „späten Kindheit bzw. Frühadoleszenz“ zugeordnet werden, wie bereits in Kapitel 5.5.1 ausführlich erläutert wurde. Vier Kinder wiesen durch die Erkrankung Sehbeeinträchtigungen auf, zwei Kinder waren bereits komplett erblindet.

¹⁸ Da die Anonymität der krebskranken Kinder dieser Untersuchung gewahrt werden muss, können die Interviewtranskripte der Fallgruppe nicht veröffentlicht werden. Bei tieferem Interesse besteht die Möglichkeit, sich mit mir in Verbindung zu setzen (siehe Kontaktdaten im Anhang)

Alle Kinder hatten denselben kulturellen Hintergrund (römisch-katholisch), sprachen Deutsch und wohnten größtenteils in der Stadt.

Kind 1:

Es handelte sich um ein 9,8 Jahre altes Mädchen, das damals die 3. Volksschulklasse besuchte. Ihr soziales Umfeld schien zu dieser Zeit intakt zu sein, da mehrere Familienmitglieder (Oma, Opa, Papa, Mama) im Krankenhaus anzutreffen waren und auch im Datenblatt nichts Auffälliges (z.B. Scheidung) vermerkt wurde. Sie hatte zwei Geschwister (1 älter, 1 jünger). Die Diagnose Gehirntumor wurde 2007 (das Kind war zu diesem Zeitpunkt 8 Jahre alt) gestellt. Durch die Erkrankung wies das Kind eine Sehschwäche auf. Das Mädchen befand sich zur Zeit der Untersuchung bereits in der Erhaltungstherapie¹⁹ und wurde immer nur für die Behandlungen kurz stationär (2-3 Tage) im AKH Wien aufgenommen.

Die Untersuchungen über das Selbstkonzept des Mädchens ergaben, dass ihm vor allem der Vergleich mit Gleichaltrigen sehr wichtig zu sein schien. Dies ließ sich dadurch erkennen, da sich das Kind meist mit den anderen aus seiner Klasse verglich und durch diese Vergleiche selbst definierte. So beschrieb es sich als „passend“²⁰ im Vergleich zu anderen hinsichtlich seiner Größe oder es meinte, dass es in der Schule „gleich schnell wie andere“ lernen würde. In der Selbstkonzeptentwicklung im Schulalter (siehe Kapitel 2.2) nimmt der Vergleich mit Gleichaltrigen einen hohen Stellenwert ein, das bei diesem Kind deutlich erkennbar war (Prücher 2002, 20; Mummendey 2006, 100). Trotzdem war das Kind immer besonders darauf bedacht, gleich gut, gleich hübsch, gleich schnell etc. wie die anderen aus der Klasse zu sein und hob dies sehr hervor. Dies könnte darauf hindeuten, dass das Kind durch die Krankheit bereits gegenteilige Erfahrungen gemacht hatte und bestrebt war, dies auszugleichen, das vor allem im Fähigkeitskonzept deutlich wurde, worauf gleich noch näher eingegangen wird.

19 Im Rahmen der derzeitigen Behandlungspläne besteht die Chemotherapie bei Tumoren aus zwei großen Behandlungsabschnitten: der Induktionsphase (Anfangsbehandlung; Akutphase) und der Erhaltungsphase. Während die erste (intensive) Behandlungsphase die Verkleinerung oder zumindest einen Wachstumsstillstand des Tumors zum Ziel hat, dient die zweite Chemotherapiephase der Erhaltung oder sogar Verbesserung der zuvor erzielten Therapieergebnisse. Die Induktionstherapie der Kinder dieser Fallgruppe erfolgte stationär, während die Erhaltungstherapie meist ambulant durchgeführt wurde.

20 Textpassagen unter Anführungszeichen in der Falldarstellungen stellen wortwörtliche Aussagen der untersuchten Kinder aus den Interviewtranskripten dar, um die Ausdrucksweise dieser widerzuspiegeln

Im Körperkonzept konnten keine Unterschiede zu gesunden Kindern bezüglich des Wissens über den eigenen Körper festgestellt werden. Das Kind konnte sowohl 11 Körperteile als auch 11 Bestandteile im Körper nennen und entsprach damit nach Lohaus und Balls Anführungen über Studien mit gesunden Kindern genau dem Durchschnitt der 9 bis 12-jährigen Kinder²¹ (Lohaus, Ball 2006, 41f). Dabei wurden jene Bestandteile im Körper genannt, die gesunde Kinder gleichen Alters ebenfalls am häufigsten nannten wie Herz, Gehirn oder Knochen (Lohaus, Ball 2006, 42). Auch die Beschreibung der Funktionen wie z.B. „das Herz ist fürs Überleben und für die Atmung da“ entsprach den alterstypischen Erklärungen im Grundschulalter (Lohaus, Ball 2006, 45).

Die Zeichnungen („menschliche Gestalt“ und „Steckbrief“) dieses Kindes waren sehr ähnlich: beide stellten ein kleines Mädchen dar, das nie mit dem Boden verankert gezeichnet wurde. Die Figuren wurden mittig angeordnet, dessen Grund Krenz darin sieht, dass Kinder aus ihren „gegenwärtigen Gefühlen heraus“ (Krenz 1996, 104; Hervorhebung im Original) zeichnen. Das „Schwebebild“ könnte nach Krenz (1996, 91) auf eine mögliche Unsicherheit in der Handlungskompetenz hindeuten. Auffallend ist, dass das Mädchen die gezeichneten „Menschen“ immer sehr klein und dünn gemalt hatte, einmal der Körper überhaupt nicht ausgemalt wurde, das Gewand und der dazu gezeichnete Hase hingegen schon. Untersuchungen über Menschzeichnungen von 12 krebskranken Kindern im Alter von 6 – 9,6 Jahren von Paine et al. (1985, 911f) zeigten, dass die gezeichneten „Menschen“ krebskranker Kinder signifikant kleiner und schmaler (dünner) waren und eine geringere Fläche des Zeichenblattes ausfüllten als im Vergleich zu gesunden Schulkindern und ChirurgiepatientInnen desselben Alters. Neun der 12 krebskranken Kinder zeichneten kleinere Menschen, in den anderen beiden Gruppen war es jeweils nur ein Kind von 12. Nach Machover (1949) sind große gezeichnete Figuren ein Indikator für ein hohes Selbstwertgefühl des Kindes, kleine gezeichnete Figuren bedeuten das Gegenteil. Demnach interpretierten auch Paine et al. die kleineren Menschzeichnungen der krebskranken Kinder als Ausdruck ihrer Ängste in Bezug auf ihre Erkrankung und als Ausdruck eines geringeren Selbstwertgefühls. (Paine et al. 1985, 913) Daher könnten auch die kleinen Menschzeichnungen dieser Untersuchung auf ein vermindertes Selbstwertgefühl der krebskranken Kinder hindeuten.

21 7-11jährige Kinder können im Durchschnitt 6 bis 15 verschiedene Bestandteile des Körperinnenlebens aufzählen (Lohaus, Ball 2006, 40).

Bei der Frage nach seinen Fähigkeiten wurden vor allem körperliche bzw. sportliche Aktivitäten wie Fahrradfahren, schwimmen, reiten aufgezählt. Gesunde Kinder desselben Alters definieren sich ebenfalls vorwiegend durch Tätigkeiten, sodass hier eine Übereinstimmung festgestellt werden konnte (Harter 1983, 305; Pior 1998, 28; Prücher 2002, 19). Auch bezogen auf die Schule schätzte das Kind seine Fähigkeiten durchwegs positiv ein und schien von seiner Handlungskompetenz überzeugt zu sein. Hier ist anzumerken, dass Kinder im Grundschulalter dazu neigen, ihre Fähigkeiten zu überschätzen, was hier nicht bemerkt werden konnte (Prücher 2002, 42). Das Kind war im Gegensatz dazu eher darauf bedacht „gleich“ zu sein wie andere aus der Klasse. So gab es an „gleich schnell wie andere“ zu lernen und vieles „gleich gut zu schaffen“. Es wollte auch nicht „besser“ wie die anderen sein, „gleich gut“ reiche ihm. Es erzählte auch, dass es den durch die Krankheit versäumten Schulstoff nachholen würde, indem es die Bücher des Vorjahres ausfüllt. Dies wies darauf hin, dass das Kind bereits Schulrückstände durch die Erkrankung in Kauf nehmen musste. Trotzdem war das Kind davon überzeugt, vieles zu schaffen, vor allem das, was es schaffen mag.

Der Tumor war das Einzige, dass das Kind als „besonders“ definierte, da „den ja nicht jeder hat“. Der Einfluss der Krankheit auf das Körperselbstkonzept und das Fähigkeitskonzept waren durch einige Faktoren erkennbar. So sprach das Kind von einer Gewichtszunahme und von einem verringerten Wachstum, dessen Gründe es in der Erkrankung sah. Auch könnte es durch den Tumor nicht mehr so schnell laufen wie früher. Das Mädchen erwähnte das langsame Tempo beim Laufen in den Interviews immer wieder und bedauerte, dass es nun meist die Letzte sei. In einem Gespräch mit der Mutter wurde ebenfalls angegeben, dass die Tochter sehr traurig darüber sei. Ein weiterer Hinweis dafür, dass das Mädchen sehr mit dem „Laufen“ zu kämpfen hatte, ergab sich dadurch, dass es bei Fragen nach eigenen Wünschen auch immer „das Laufen“ angab. Aber auch hier würde es ihr wieder reichen „gleich schnell wie andere“ zu sein. Das Mädchen konnte sich nicht erklären, warum der Tumor gekommen war, aber meinte, dass er wie ein „Schwammerl“ aussehen würde (haben die Ärzte so erklärt) und daher eigentlich Glück bringen sollte. Es freute sich, dass es nach diesem Behandlungsblock nicht mehr so viele Behandlungen bekommen würde und kaum noch ins Krankenhaus müsse. Dies deutete darauf hin, dass das Kind bereits in der Erhaltungstherapie war und sich auf dem Weg der Besserung befand. Weiters meinte das Mädchen, dass es nicht oft über seine Krankheit nachdachte und deswegen es

diese auch nicht so stören würde.

Im sozialen Bereich wurde kein Einfluss der Krankheit erwähnt. Sowohl das Kind als auch die Mutter sprachen von einem intakten sozialen Umfeld und konnten keine Unterschiede zur Zeit vor der Erkrankung feststellen. Insgesamt machte das Kind einen sehr positiven Eindruck, das gut mit seiner Krankheit zurecht kam und vor allem durch seine Familie starken Halt erhielt. Das Mädchen erweckte einen sehr aufgeklärten Zustand über seine Erkrankung, das auch durch die PädagogInnen im AKH Wien bestätigt wurde.

Kind 2:

Es handelte sich um ein 11,3 Jahre altes Mädchen, das zur Zeit der Untersuchung die 4. Volksschulklasse (wurde in der 2. Klasse um eine Schulstufe zurückgestuft) besuchte und das einzige Kind der Fallgruppe war, das am Land, jedoch in unmittelbarer Stadtnähe, wohnte. Es hatte eine jüngere Schwester und das soziale Umfeld schien damals intakt zu sein (keine Scheidung, Familienbesuche im Krankenhaus). Die Diagnose Gehirntumor wurde erst vor kurzem (2008) gestellt. Das Kind befand sich somit gerade in der Induktionstherapie (Strahlentherapie) und war die ganze Woche über stationär im AKH Wien aufgenommen.

Dadurch, dass die Krankheit erst vor kurzem diagnostiziert wurde und sich das Kind gerade in der Akutphase der Behandlung befand, waren die Einwirkungen des Tumors aktueller als bei anderen Kindern der Fallgruppe. Das Kind litt während der Fallstudie unter Übelkeit, Schwächezuständen, Schmerzen, Haarausfall etc., das vor allem im Stimmungsbarometer durch traurige Gesichter sichtbar gemacht wurde. In der vorliegenden Untersuchung wurde vor allem der Einfluss der Krankheit auf das Körperkonzept dieses Kindes erkennbar. Die Mutter erwähnte auch, dass das Kind aufgrund der Krankheit momentan keinen positiven Bezug zu seinem Körper hätte und auch bei den eigenen Fähigkeiten sehr selbstkritisch eingestellt sei. Dies konnte in der Untersuchung ebenfalls beobachtet werden. Das Mädchen sprach auch lediglich über eine Freundin und kaum über andere Sozialkontakte in ihrem Umfeld. Es wurde der Anschein erweckt, als habe das Kind nicht viele Freunde und sei auch in der Klasse nicht so integriert, wie es dies gerne hätte.

Im Körperkonzept des Kindes war zum Zeitpunkt der Studie vor allem der aktuelle Haarverlust ein wichtiges Thema, der dem Kind sehr zu schaffen machte. Es definierte auch sein gesamtes Äußeres negativer als andere Kinder der Fallgruppe. Das Kind beschrieb sich

als sehr groß²² und knochig, das der Realität entsprach. Zum Körperwissen ist zu sagen, dass das Kind zwar viele sichtbare Körperteile (insgesamt 20) benennen konnte, aber lediglich nur neun Bestandteile im Körper kannte und somit etwas unter dem Durchschnitt im Vergleich zu gesunden Kindern gleichen Alters lag (Lohaus, Ball 2006, 41). Weiters definierte es sich eher durch äußerlich beobachtbare Merkmale, wie Größe, Geschlecht, Aussehen, was eher den einfachen Beschreibungen des Stadium 1 im Harter-Modell (siehe Kapitel 2.2.2) entsprach und nicht alterstypisch war.

Bei der „menschlichen Gestalt“ zeichnete das Mädchen laut eigenen Angaben eine Fantasiefigur, die es als störend empfand, dass sie so groß sei. Auf die Frage warum, sprach das Kind von möglicher Hänselei durch andere, das darauf hinweisen könnte, dass das Mädchen ebenfalls wegen seiner Größe bereits ausgelacht wurde. Es sagte auch, dass es gern kleiner wäre. Das Problem mit seiner Größe erwähnte das Mädchen immer wieder in diversen Einheiten und drückte dies in den Kinderzeichnungen sehr deutlich aus. Anders als bei Kind 1 reichten die gezeichneten Personen über das ganze Hochformat des Blattes und hatten sehr langen Beine und Hände. Der Körper wurde dabei nie ausgemalt, das Gewand der Personen hingegen schon. Auch hier waren wieder „Schwebebilder“ zu vermerken, die mittig ausgerichtet waren und somit nach Krenz (1996, 104) auf ihre Aktualität verweisen könnten. Beim „Steckbrief“ malte sich das Kind ohne Haare und sprach dabei das erste Mal ernsthaft über seine Krankheit. Das Kind hatte vor der Behandlung ganz lange Haare, die „jetzt alle ausgefallen sind“. Es definierte sein momentanes Aussehens „nur“ als schön und erklärte auch, dass „hübsch über schön steht“ und daher „schön“ momentan mehr zutreffe. Als Besonderheit definierte es lediglich seine Brille. Es wünschte sich, dass es nicht mehr so viele Probleme mit seinem Körper hätte.

Bei den Fähigkeiten definierte sich das Kind ebenfalls vorwiegend über Aktivitäten wie reiten, schwimmen und Eislaufen, so wie es dem Grundschulalter entspricht (Pior 1998; Prücher 2002), setzte diese jedoch nicht so stark in den Vergleich zu anderen Kindern wie Kind 1. Insgesamt wurde der Eindruck erweckt, als hätte das Kind nur geringe Sozialkontakte und wisse noch nicht so wirklich, wie es mit der Krankheit umgehen sollte. Das Mädchen steckte im wahrsten Sinne des Wortes in einer „Krise“ und war mit Verdrängung und Existenzangst konfrontiert. Dies zeigte sich in den Interviews, in denen es ungern über den Tumor sprach, dabei auch immer wieder zu stottern oder schnell zu reden

22 Das Kind ist für sein Alter sehr groß (ca. 1, 65 m)

begann und häufig „unangenehm“ Fragen auswich. Zusätzlich reagierte es oft spöttisch und gehässig auf Fragen über seine Krankheit und deren Auswirkungen. Auffallend ist, dass das Kind immer versuchte, andere Ursachen als Erklärung heranzuziehen, als jene, die dafür verantwortlich zu sein schienen. So erklärte es z.B. dass es nicht Tennisspielen kann, weil sie zu Hause so wenige Bälle zur Verfügung hätten. Ähnliches konnte bei der Mutter festgestellt werden, die ebenfalls den Anschein erweckte, die „Schuld“ anderen Personen zuzuschreiben. So meinte sie z.B., dass ihre Tochter nicht extrem groß sei, sondern die Größe lediglich dadurch auffiel, weil andere so klein wären. Das Kind schien von seinen Fähigkeiten überzeugt zu sein, da ihm nichts einfiel, das es nicht könne, was durch die Mutter bestätigt wurde. Vermutlich wollte die Mutter ihr Kind auf diese Art und Weise schützen.

Den Einfluss der Krankheit merkte das Kind vor allem durch den Haarverlust, den es auch immer wieder erwähnte. Sonst könne es keinen Einfluss erkennen, außer, dass es im Krankenhaus nochmals gewachsen sei, vermutlich aufgrund der Hormonprobleme durch die Behandlung. Als Faktor für die körperlichen Veränderungen sah es jedoch nicht den Tumor, sondern die Behandlung gegen den Tumor. So erklärte das Mädchen z.B., „dass die Haare wegen der Bestrahlung ausfallen“ und ihr „übel ist, weil das Wasser im Kopf zu wenig Platz hat“. Obwohl das Kind selbst angab, nicht viel über das Körperinnenleben Bescheid zu wissen und sich dies auch in der Untersuchung über das Körperwissen zeigte, konnte es bestimmte medizinische Behandlungen, die es selbst betreffen, wie die Port-a-cath²³-Setzung genau erklären. Das Mädchen erwähnte dabei, dass es Angst vor Operationen hätte, „weil man nie weiß, ob es einem dann besser oder schlechter als vorher geht“. Es erzählte vom Ausgeliefertsein und davon, wie schwer es sei, sich auf fremde Personen verlassen zu müssen. Es sprach auch von den schmerzhaften Behandlungen und dem schlechten körperlichen Zustand. Das Bett für die Bestrahlung beschrieb das Kind als komisches Eisending, worauf „normalerweise Tiere behandelt werden“. Weiters sprach das Mädchen von Einschränkungen im alltäglichen Leben durch die Krankheit wie davon, dass es nun schon lange nicht reiten gehen durfte.

23 Port-a-cath = Langzeitvenenkatheter unter der Haut (meist im Brustbereich), für die Verabreichung von Infusionen oder für die Blutabnahme (Pschyrembel 1998, 1281)

Kind 3:

Es handelte sich um einen 11,8-jährigen Buben, der damals die erste Klasse eines Gymnasiums besuchte. Er hatte einen älteren Bruder und ein intaktes Familienleben. Die Diagnose Gehirntumor wurde erstmals 1997 (Kind war 3 Jahre alt) gestellt, wodurch das Kind eine linke Sehschwäche aufwies. Der Bub befand sich zur Zeit der Untersuchung bereits in der Erhaltungstherapie und kam nur für Kontrollen und Behandlungen ins AKH Wien.

Bei diesem Kind war besonders die reflektierte Art und Weise, wie es über seine Erkrankung sprach, auffällig. Ein Zusammenhang könnte darin gesehen werden, dass seine Mutter Psychologin ist und viel mit ihm über seine Krankheit gesprochen hat. In der Literatur wird zusätzlich ein Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und der Höhe der Selbstreflexion erwähnt. So konnten Studien zeigen, dass Kinder mit einem höheren Bildungsniveau eine höhere Selbstreflexion aufwiesen (Fend 1994, 110). Daher könnte der Grund für die reflektierte Art des Kindes darin bestehen, dass dieser Bub bereits die erste Klasse eines Gymnasiums besuchte und somit reflektierter über sich selbst sprechen konnte als jüngere Kinder der Fallgruppe. Auffällig war, dass das Kind sehr viel von erlebter sozialer Ausgrenzung und Hänseleien (z.B. aufgrund seiner Narben) durch Altersgenossen erzählte und auch detailliert über Auswirkungen seiner Krankheit auf die verschiedenen Selbstkonzeptbereiche Auskunft geben konnte.

Zum Körperkonzept ist zu sagen, dass dieses Kind deutlich über dem Durchschnitt im Vergleich zu anderen Kindern der Fallgruppe und auch zu gesunden Kindern bezüglich des Wissens über den Körper einzustufen war (Lohaus, Ball 2006, 40f). Der Bub konnte 16 Körperteile und beachtliche 24 Bestandteile im Körper benennen. Hier ist zu vermerken, dass ein Wissenszuwachs im Alter zu verzeichnen ist. Studien zeigen, dass Kinder ca. ab dem 12. Lebensjahr über ein gutes Körperwissen verfügen und über die Funktionen dieser gut Bescheid wissen (Lohaus, Ball 2006, 40f). Trotzdem lag das Kind mit seinen 24 Nennungen weit über dem Durchschnitt zu gesunden Kindern gleichen Alters. Die Beschreibungen der Funktionen wiederum waren alterstypisch und lediglich auf einige Körperteile reduziert (Lohaus, Ball 2006, 45).

Die Figuren des Kindes („menschliche Gestalt“, „Steckbrief“) waren sich sehr ähnlich und wurden auch mit denselben Eigenschaften definiert. So störte die menschliche Gestalt genauso wie den Buben selbst, dass sie eine Brille trug und schielte. Auffallend war, dass

bei beiden Zeichnungen die Körper nicht ausgemalt wurden, das Gewand hingegen schon. Beide Figuren wurden klein gezeichnet und „schwebten“ in der Luft, das wieder als Ausdruck von Unsicherheit gewertet werden und auf ein vermindertes Selbstwertgefühl des Kindes hindeuten könnte, wie bei Kind 1. Das Kind malte beim „Steckbrief“ auch seine Narben ein, die er durch die Operationen bekommen hatte und erzählte dann sehr genau und detailliert über seine Erkrankung und die damit verbundenen Gefühle. Der Bub erklärte, dass ihm sein Schielen bzw. die Brille und vor allem die sichtbaren Narben an seinem Körper sehr stören und er deswegen auch schon ausgelacht wurde. Er sprach ausführlich über negative Bewertungen seines Körpers, die vor allem aufgrund vieler negativer Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld wie Blicke, Hänseleien durch Gleichaltrige etc. entstanden sein könnten. Auch Eggert, Reichenbach und Bode (2003, 82) betonen, dass Selbstkonzeptbeeinträchtigungen oft aufgrund negativer Reaktionen der Umwelt entstehen. Der Bub gab auch an, lieber alleine zu spielen, weil er da machen könne, was er wolle und nach eigenen Regeln spielen könnte. Zu zweit wäre es halt manchmal lustiger. Hier wurde deutlich, dass der Bub sehr unter den erlebten sozialen Schwierigkeiten litt. Das Kind würde sich auch wünschen, „normal“ zu sein, ohne Narben und Beeinträchtigungen. Auf der anderen Seite sei er aber froh, dass es nicht noch schlimmer gekommen war und er z.B. erblindet wäre. Er verglich sich mit Harry Potter, der ebenfalls eine Brille trägt und Narben im Kampf gegen das „Böse“ erworben hat.

Zu seinen Fähigkeiten zählte der Bub sowohl sportliche Aktivitäten wie segeln, als auch Schulleistungen. Er gab aber auch an Probleme im Sport zu haben, da er aufgrund der Erkrankung später laufen gelernt und er auch Sehbeeinträchtigungen hätte, wodurch er z.B. den Ball im Raum nicht so gut erkennen könnte. Seine Fähigkeiten bewertete er selbst aber als überdurchschnittlich gut und er war überzeugt, in einigen Bereichen besser als andere aus seiner Klasse zu sein wie in Mathematik oder im Segeln. Er dachte auch, dass ihn andere Kinder wegen seiner Fähigkeiten bewundern würden. Zusammenfassend ist daher zu sagen, dass das Kind von seinen eigenen Fähigkeiten und seiner Handlungskompetenz, vor allem im schulischen Bereich, sehr überzeugt war und zu Überschätzungen neigte, die laut Studien (Vise und Schneider 2000, Prücher 2002) eher im Grundschulalter zu verzeichnen sind.

Die Krankheit erlebte das Kind als sehr störend. Den Einfluss der Erkrankung bezog es vor allem auf sein verändertes körperliches Aussehen, was durch soziale Rückmeldungen aus seiner Umwelt noch verstärkt wurde. Vor allem das „Schauen“ anderer Leute und die Ausgrenzung durch Gleichaltrige haben es sehr belastet und wurden in den Interviews immer wieder angesprochen. Das Kind machte die Krankheit dafür verantwortlich, dass es schielt, ständig Kopfschmerzen hat und Medikamente nehmen muss wie Hormone, um zu wachsen. Am meisten würden aber die Narben stören, die für immer blieben und sichtbar waren. Als beeinträchtigte Fähigkeit durch die Krankheit sah der Bub hauptsächlich das Laufen, weil er als Kind solange auf der Intensivstation liegen und vieles erst „nachlernen“ musste. Dies wirke sich, seiner Meinung nach, heute noch auf sein Tempo aus, sodass er nicht so schnell laufen könne wie andere aus seiner Klasse. Er sprach auch von den lästigen Kontrollen und langen Wartezeiten im Spital. Daher würde er gerne alles ungeschehen machen und ein ganz normales Kind sein.

Kind 4:

Es handelte sich um einen 12-jährigen Buben, der am Land wohnte und einen Bruder hatte. Er besuchte die 2. Klasse eines Sportgymnasiums. Es waren keine Angaben über Familienverhältnisse vorhanden (der Vater wurde nie angetroffen). Die Diagnose Gehirntumor wurde erst vor kurzem (2008) gestellt, wodurch auch eine Sehbeeinträchtigung (Sicht von Doppelbildern) vorhanden war. Das Kind befand sich in der Induktionsphase und wurde mit Strahlen- und Chemotherapie behandelt. Es war die ganze Woche stationär aufgenommen, durfte jedoch am Wochenende immer nach Hause.

Zum Körperkonzept des Kindes ist zu sagen, dass sich der Bub während der Studie in der Induktionsphase der Behandlung befand, wodurch das Kind von Haarausfall, Übelkeit etc. betroffen war. Die momentanen Krankheitseinflüsse auf den Körper standen daher sehr im Vordergrund. Das Körperwissen des Kindes entsprach dem Durchschnitt im Vergleich zu gesunden Kindern desselben Alters. Ein Kind mit 12 Jahren kennt durchschnittlich 10-15 Bestandteile im Körper. Dies ist, laut Lohaus und Ball (2006, 40f), auf einen Wissenszuwachs im Alter zurückzuführen. Insgesamt konnte der Bub 29 Körperteile und 15 Bestandteile im Körper benennen. Es ist auch festzuhalten, dass es sich hierbei um das älteste Kind innerhalb der Fallgruppe handelte. Studien zeigen, dass Kinder ca. ab dem 12. Lebensjahr über ein gutes Körperwissen verfügen und über die Funktionen dieser gut

Bescheid wissen (Lohaus, Ball 2006, 40f), das in dieser Studie ebenfalls festgestellt werden konnte. Die Funktionen beschrieb der Bub sehr differenziert und in Transformationsprozesse eingebettet wie „der Magen verdaut das Essen, die Leber entfernt dann die Schadstoffe aus dem Essen, der Dünndarm saugt das Wasser heraus und der Dickdarm scheidet dies dann aus“ (Lohaus, Ball 2006, 45). Dies deutete auch auf die formal-operationale Stufe des Denkens nach Piaget hin, die ungefähr um das 12. Lebensjahr angesiedelt wird. In dieser Stufe können Kinder schon in Abstraktionen denken und logische Schlüsse ziehen. Sie beziehen sich nicht mehr nur auf konkret beobachtbare Dinge. (Piaget, Inhelder 1977, 238) Beim Körpergefühl waren negative Empfindungen zu erkennen. Das Kind litt besonders unter dem Haarausfall und darunter, dass es sein gewohntes Leben wegen der Erkrankung aufgeben musste.

In den Kinderzeichnungen dieses Kindes wurden die Auswirkungen der Krankheit deutlich sichtbar. So zeichnete es bei der „menschlichen Gestalt“ eine Fantasiefigur mit einem „Diamantenauge“, das „hässlich aussieht“. Auf die Frage, ob es das Diamantenauge absichtlich gemalt hätte, meinte das Kind: „Nein“. Auch beim „Steckbrief“ wurde auf der selben Gesichtsseite ein „eckiges“ Auge gezeichnet und sollte, laut Kind, das Schielen symbolisieren. Der Bub malte sich außerdem ohne Haare, sehr dünn und mit einem traurigen Gesichtsausdruck, eben so, wie er gerade aussah. Zusätzlich zeichnete er ein Kopftuch, welches er immer trug, um seine Glatze zu verstecken. Die Figuren selbst wurden immer sehr groß, über das ganze Hochformat, gezeichnet, das im Gegensatz zu der Studie von Paine et al (1985) stand, in der sich krebskranke Kinder immer sehr klein gezeichnet haben. Dies könnte jedoch eher auf den Wunsch des Kindes hindeuten, „groß und stark“ zu sein, vielleicht, um die Krankheit zu besiegen. Es gab in den Interviews auch an, gerne stärker und größer sein zu wollen. Das Kind zeichnete sogar den Port-a-cath und das „Ommaya-Reservoir“²⁴ ein, die es für seine Behandlungen bekommen hatte. Auf die Frage, was es hübsch an sich fände, meinte es, seine Haare, die ihm „jetzt leider gerade ausgefallen sind“. Sein schielendes Auge bezeichnete es als hässlich, was auch in den Kinderzeichnungen zum Ausdruck kam.

Beim Fähigkeitskonzept waren keine Unterschiede zu gesunden Kindern gleichen Alters festzustellen. Das Kind war von seiner Handlungsfähigkeit überzeugt und sah vor allem

24 Ommaya - Reservoir = ein Zugang im Kopf für die Abnahme von Hirnflüssigkeit (Liquor) (o. A. [2009], [1])

sportliche Fähigkeiten als wichtig an. Dies könnte auch daran liegen, dass bei Buben physische Tätigkeiten im Selbstkonzept mehr im Vordergrund stehen als bei Mädchen. Eine Studie weist darauf hin, dass Buben mehr Freude und Interesse an physischen Tätigkeiten zeigen und sich beim Können dieser auch höher, im Vergleich zu Mädchen, einschätzen (Baldering 1993, 110f). Der Bub liebte Sport jeglicher Art, betrieb auch viel Sport vor der Erkrankung und es fielen ihm kaum andere Fähigkeiten ein, die er noch hätte. Auch Fragen, warum bestimmte Eigenschaften auf den Adjektivlisten gewählt wurden, beantwortete er mit Sport. So wurde zum Beispiel auf die Frage, warum oder wann er zufrieden sei, mit dem Satz: „Wenn wir ein Fußballmatch gewonnen haben!“ geantwortet. Auch bei diesem Kind wurde die Wichtigkeit des Vergleiches mit Gleichaltrigen wieder sehr deutlich, vor allem bei sportlichen und schulischen Aktivitäten, das typisch in diesem Alter ist (vgl. Prücher 2002, 20; Mummendey 2006, 100). Das Datenblatt der Mutter konnte die Vermutungen der Untersuchung bestätigen, dass sich das Kind gerne an vorderster Front sah und besser als andere sein wollte. Auch Sozialkontakte zu Gleichaltrigen schienen intakt zu sein. Durch seine Erzählungen war anzunehmen, dass er viele Freunde hatte, beliebt und auch bei Vereinen integriert war.

Beim Fremdbild konnte der Bub zugeben, dass er wegen der Krankheit nicht glücklich war. Auch bei der Selbsteinschätzung kreuzte er zuerst „unglücklich“ an. Beim Nachfragen, woran das liege, radierte er dies aus und sagte, dass er „eigentlich eh glücklich gemeint“ hätte. Auch durch Beschwichtigungsversuche, dass er sehr wohl „unglücklich sein darf“, wollte er seine erste Antwort nicht mehr gelten lassen.

Auch dieses Kind war durch den Tumor von körperlichen Veränderungen wie Gewichtsverlust, Haarausfall und Sehbeeinträchtigungen betroffen, die es auch sehr belasteten. Es sprach davon, dass es sich wünsche nicht mehr zu spielen, dass die Haare wieder nachwachsen sollten etc. Es denke auch, dass der Tumor Schadstoffe im Körper verbreitet, die die Organe, „vor allem das Herz, Gehirn, Lunge und wahrscheinlich auch die Leber“, angreifen. Der Bub erzählte von seinen Operationen und davon, wie schwer es sei, fremden Menschen wie den Ärzten vertrauen zu müssen, wie Kind 2 auch. Er wünsche sich, dass „DER“ (Ergänz. Tumor) weggeht und sonst nichts. Er leide vor allem auch darunter, dass er momentan keinen Sport machen könnte. Auswirkungen der Krankheit merke er dadurch, dass er schnell müde würde und leichter einen Muskelkater bekomme. In der Schule bemerke er Beeinträchtigungen im Lesen, durch seine, aufgrund des Tumors

entstandene, Sehschwäche. Auch da wünschte er sich eine Besserung, damit er wieder so gut lesen und schreiben könnte, wie vor der Erkrankung. Er war jedoch davon überzeugt, dass alles wieder „normal“ wird, wenn der Tumor weg ist.

Kind 5:

Es handelte sich um einen 9,11 Jahre alten Buben (ist während der Studie 10 Jahre alt geworden), der in der Stadt wohnte. Der Vater hatte die Familie verlassen (Halbgeschwister sind vorhanden). Aufgrund vieler Operationen, wegen seiner Krankheit, war der Bub im Alter von 8 Jahren vollständig erblindet, weshalb er zur Zeit der Untersuchung die 3. Klasse einer Blindenschule besuchte. Die Diagnose Gehirntumor wurde 1999 (Kind war im 9. Lebensmonat) gestellt. Weitere Beeinträchtigungen sind Hormonstörungen (vorzeitige Pubertät) und Schilddrüsenprobleme. Dadurch, dass dieses Kind lange Zeit sehen konnte und erst vor zwei Jahren sein Augenlicht verloren hatte, wurden vor allem die Sehnsüchte deutlich, die dieses Kind aufgrund seiner entstandenen Blindheit entwickelt hat.

Zum Körperkonzept des Kindes ist zu sagen, dass dieses Kind sehr viel über den menschlichen Körper wusste, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass es sich, laut eigenen Angaben, sehr dafür interessierte. Es konnte sowohl 23 Körperteile als auch 13 Bestandteile im Körper benennen und lag damit über dem Durchschnitt im Vergleich zu gesunden und vor allem sehenden Kindern desselben Alters (Lohaus, Ball 2006, 41). Es gab auch an einige Wissens-CDs über den menschlichen Körper zu haben, wodurch es so gut Bescheid wusste. Das Interesse über den „Körper“ könnte aufgrund der Erkrankung entstanden sein, was jedoch nur vermutet werden konnte. Auch die Funktionen der verschiedenen Körperbestandteile erklärte der Bub überdurchschnittlich gut und sehr differenziert, wodurch sie nicht den typischen Erklärungen im Grundschulalter in der Literatur (Lohaus, Ball 2006, 45) entsprachen. Bei seiner Selbstbeschreibung sprach das Kind nicht nur von äußerlichen Merkmalen wie Größe oder Gewicht, sondern vor allem über innere Werte. So definierte es sich als hübsch und schön. Auf die Frage, was denn schön an ihm sei, antwortete es: „Meine Stimmung.“ Es machte den Anschein, als stünden andere Aspekte bei der Personenbeschreibung im Vordergrund, das vielleicht in Zusammenhang mit seiner Erblindung gesehen werden könnte. Daher wurden auch andere Sinnesorgane wie gut hören und fühlen zu können, relevanter und deren Wichtigkeit betont. So meinte es, dass es den Mund am liebsten hätte, weil es sich dadurch verständigen

könnte. Als Besonderheit definierte der Bub seine Erblindung, sonst gäbe es keine Unterschiede zu anderen Kindern.

Der Bub sprach davon, dass er es gewohnt sei, zu zeichnen und fertigte daher, trotz seiner Erblindung, dieselben Zeichnungen an, wie die anderen Kinder der Fallgruppe auch. Hier ist jedoch anzumerken, dass diese keiner Analyse unterzogen wurden, da die Kinderzeichnungen des blinden Kindes nicht mit denen sehender Kinder verglichen werden könnten und andere Aspekte beachtet werden müssten. So zeichnete das blinde Kind z.B. „lediglich“ mit einer Farbe und benötigte eine andere Größendimension des Zeichenblattes als die sehenden Kinder. Bei der „menschlichen Gestalt“ zeichnete der Bub einen Mann, den er als groß, schwer, stark und hübsch beschrieb. Zusätzlich meinte er, dass dieser ein großes Wissen hätte und betonte besonders dessen Gesundheit. Auch sich selbst beschrieb das Kind als groß, mutig, schlau und schwer, wodurch Ähnlichkeiten feststellbar waren. Der Bub gab an, zufrieden mit seinem Aussehen zu sein, warf jedoch dann ein, dass er sich „sowieso nicht sehen kann“, also es „wurscht sei, ob er hübsch ist“. Hier wurde eine negative Stimmung (Frust) deutlich erkennbar.

Zum Fähigkeitskonzept des Kindes ist zu sagen, dass eine negativere Einstellung zu eigenen Fähigkeiten im Vergleich zu anderen Kindern der Fallgruppe erkennbar war. Einschränkungen im schulischen und sportlichen Bereich bezog es vorwiegend auf seine Blindheit, die es sehr zu stören schien. Der Bub erzählte von der Schule, wo er in Sport und Turnen wegen seiner Erblindung Schwierigkeiten hätte. So erzählte er, dass er ungern in der Schule schwimmen ging, weil er sich „ohne Boden unter den Füßen, nicht sicher genug“ fühlen würde. Sozialbeziehungen zu Gleichaltrigen hatte er vorwiegend in der Blindenschule, wobei jedoch anzumerken ist, dass diese Kinder ebenfalls an verschiedenen Krankheiten wie ebenfalls an einem Gehirntumor litten. Daher definierte sich das Kind auch vorwiegend als „gleich gut“ wie die anderen aus seiner Klasse, wenn nicht sogar besser, schlauer etc. So meinte er zum Beispiel, dass „taubblinde“ Kinder in seiner Klasse „noch mehr Probleme“ hätten als er selbst. Er definierte sich als tollen Freund, weil er nett zu anderen sei und anderen weiterhelfen würde. Dies entsprach nach Lohaus und Larisch²⁵ (1993, 263) den häufigst gewählten Eigenschaften zur Personenbeschreibung in diesem

25 Lohaus und Larisch (1993) führten eine Studie zu altersbezogenen Veränderungen der Personenwahrnehmung im Kindes- und Jugendalter durch und geben eine Übersicht über die am häufigsten genutzten Eigenschaften von Kindern und Jugendlichen in diversen Altersgruppen für die Selbstbeschreibung.

Alter. Auf die Frage, was er alles kann, zählte der Bub ebenfalls vorwiegend Aktivitäten wie malen, basteln etc. auf, die sich jedoch in der Art der Tätigkeit von denen sehender Kinder unterschieden. Er sah sich als guten Schüler, weil er gut in der Brailleschrift schreiben und lesen könnte. Er äußerte den Wunsch, ein Handwerker werden zu wollen. Als sich das Kind in der Untersuchung einmal vorstellen sollte, einen „Menschen“ zu bauen, so wie es ihn gerne hätte, „baute“ es einen Roboter. Dieser hätte viele verschiedene Werkzeuge statt Fingern, die er zum Möbelbauen benötigte. Einen Kopf hätte er nicht, weil er den sowieso nicht brauchen würde, warum, konnte der Bub nicht beantworten. Dies könnte in Verbindung mit seinen eigenen Problemen der Erkrankungen am Kopf gesehen werden. Seine Erblindung schien ihn sehr zu stören, da er die meisten Einschränkungen damit in Verbindung setzte, dass er nicht sehen konnte. So erzählte er in den Interviews zum Beispiel davon, dass er nicht so gut rechnen könnte, weil er sich dies im Kopf nicht so gut vorstellen kann. Er würde etwas zum Angreifen benötigen, um diese „Sachen“ verstehen zu können, eben weil er blind sei. Er definierte sich aber trotzdem als schlau und fleißig, weil er sich für Wissenschaften interessiert und vieles in der Schule schafft. Auch zeichnen könne er sehr gut. Dabei sprach er davon, dass er „diese Welt von früher noch so im Kopf hat und sich so gut daran erinnern kann“. Durch seine differenzierten Selbstbeschreibungen wurde der Anschein erweckt, als befände sich das Kind bereits in Entwicklungsphasen, die der „Frühadoleszenz“ entsprechen würden. Demnach sind die Selbstdefinitionen bereits sehr detailliert und es lässt sich auch die Integration ambivalenter Merkmale im Gesamtkonzept erkennen (Fend 1994, 202).

Den Einfluss des Tumors merke der Bub vor allem an den vielen Behandlungen und daran, dass er schneller erschöpft sei als andere. Durch seine Erblindung könne er auch nicht so vieles wie sehende Kinder. Er wünschte sich hauptsächlich, dass er wieder sehen kann und „der Tumor weggeht und nie mehr wieder kommt“. In der Schule merke er insofern einen Einfluss der Krankheit, dass er nicht so gut schreiben kann wie andere Kinder, die sehen können. Er müsse in der Brailleschrift schreiben, würde jedoch gern mit „richtigen“ Buchstaben schreiben. Die Mutter gab im Datenblatt auch an, dass das Kind aufgrund einer Operation (2008) Gedächtnisschwierigkeiten hätte, die das Kind selbst merke und es frustrieren.

Kind 6:

Es handelte sich um einen 10,11 Jahre alten Buben (ist während der Studie 11 Jahre geworden), der in der Stadt wohnte und zur Zeit der vorliegenden Untersuchung die vierte Klasse einer Blindenschule besuchte. Er hatte drei ältere Geschwister, die als sehr fürsorglich erlebt wurden. Zum Vater wurden keine Angaben gemacht und er wurde während der Untersuchung auch nie angetroffen. Die Diagnose Gehirntumor wurde 1997 (kurz nach der Geburt) gestellt. Dieses Kind litt bereits von Geburt an einem Gehirntumor und wies die meisten körperlichen Beeinträchtigungen wie Blindheit, Verlust des Riechnerves durch eine Operation, Setzung einer Magensonde etc. in der Fallgruppe auf. Zusätzlich ist bei diesem Kind anzumerken, dass während der vorliegenden Untersuchung festgestellt wurde, dass das Kind nicht genau über seine Krankheit Bescheid wusste. Als das Kind gefragt wurde, wie es ihm mit seiner Erkrankung geht, kam die verwunderte Frage: „Warum glaubst du, dass ich krank bin?“ Trotzdem konnte es von den Behandlungen im AKH Wien erzählen, die es aber laut eigenen Angaben aufgrund seiner ständigen Kopfschmerzen bekommen würde. Warum es diese Schmerzen hätte, wisse es aber nicht.

Zum Körperkonzept des Kindes ist zu sagen, dass es 20 Körperteile benennen konnte, jedoch nur lediglich fünf Bestandteile im Körper kannte. Damit lag es deutlich unter dem Durchschnitt gesunder Kinder gleichen Alters. Es muss jedoch die lange Krankheitsgeschichte mit ihren Auswirkungen mitbedacht werden. Weiters beschrieb das Kind die Funktionen der Körperteile eher mit Symbolgehalten wie „das Herz braucht man für die Liebe“ oder „die Muskeln fürs stark sein“. Dies könnte daran liegen, dass das Kind blind war und keine reale Vorstellung von diesen Dingen besaß, weshalb symbolische Gehalte aufgezählt wurden. Nach Lohaus und Ball (2006, 47) könnte dies aber auch damit zusammenhängen, dass Kinder solche Erklärungen von Erwachsenen hören und übernehmen. Weitere Beschreibungen wie „mit den Ohren kann ich gut hören“, „mit den Zähnen gut beißen“, die das Kind äußerte, sind eher globale Beschreibungen, die häufig im Kindergarten- bzw. frühen Grundschulalter auftreten (a.a.O.). Auch dieses Kind meinte, dass es zwar hübsch sei, aber sich ja selber nicht sehen könnte. Diese Erklärung deckte sich mit der des anderen blinden Kindes der Fallgruppe. Der Bub definierte sich als „ganz normal, so wie andere Kinder auch“ und erwähnte während der Untersuchung nie seine Erblindung. Im Gegensatz dazu, erzählte er sehr oft vom Verlust seines Riechnervs durch eine Operation, das ihn sehr störte. Auch die Mutter erwähnte, dass ihn der Verlust des

Riechens viel mehr treffe als die Erblindung selbst. Die Zeichnungen wollte das Kind nicht anfertigen, weil es davon überzeugt war, weder zeichnen noch mit Plastilin formen zu können. Der Bub beschrieb daher die „menschliche Gestalt“ lediglich mit Worten. Er erzählte dabei von einem Baby, das ganz aus Gold und er selbst der Vater sei. Dieses Baby sei klein, lieb und weich und wünsche sich Liebe. Der Bub sagte auch, dass man es nicht hauen oder grob anfassen dürfe. Beim Nachfragen erzählte er, dass ältere SchülerInnen aus der Schule ihn immer stoßen und anrempeeln, wenn er irgendwo am Gang ging. Er glaubte auch, dass diese das absichtlich tun würden und hätte daher Angst. Auch dieses blinde Kind gab an, dass es am liebsten seinen Mund hätte, weil es mit ihm plaudern könnte (siehe auch Kind 5).

Beim Fähigkeitskonzept war ein deutlicher Unterschied zu sehenden Kindern zu vermerken, obwohl sich das Kind ebenfalls durch Tätigkeiten definierte. Sehende Kinder der Fallgruppe beschrieben sich vorwiegend durch sportliche Aktivitäten. Dieser Bub führte vor allem Tätigkeiten an, die im Haus stattfinden wie Kettenfädeln, tanzen, singen etc., das auch in Verbindung mit seiner Blindheit gesehen werden könnte. Der Bub kann z.B. nicht alleine hinausgehen und Fahrradfahren. Daher sucht er sich womöglich andere Tätigkeiten. Sozialkontakte zu Gleichaltrigen hatte er anscheinend vorwiegend in der Schule und im Halbinternat, das er nach der Schule besuchte. Auch dieser blinde Bub erzählte vom Turnen, das er nicht so gut könne und deswegen hasste. Der Bub erzählte sehr oft in der Untersuchung, dass er sich nicht anstrengen mag und sich dann z.B. beim Turnen einfach an den Rand setzen würde, weil er nicht mitmachen wollte. Auch die Mutter sprach davon, dass sich ihr Sohn mehr auf die Verstärkung seiner Stärken, als auf die Beseitigung seiner Schwächen konzentriere. Sie sagte auch, dass er nicht gern über eigene Schwächen spricht, das in der Untersuchung ebenfalls beobachtet werden konnte. Der Bub war sehr musikalisch und feinfühlig für andere Leute. So merkte er z.B. in der Untersuchung sofort, wenn ich beunruhigt oder nervös war und versuchte mich zu beruhigen.

Auffallend bei diesem Kind war das Schwarz-Weiß-Denken bei seinen Fähigkeiten, alles was es konnte, machte es super gut und gern, alles was es nicht konnte, hasste es gleich und konnte es deswegen auch nicht. Weiters sprach es oft in Verniedlichungsformen wie schlaues Köpfli, Pipi machen muss etc. Es wird vermutet, dass er dies von den Erwachsenen aus seinem Umfeld übernommen hat, die ihn auch „Baby“ nannten.

Das Kind war während der Untersuchung immer so lange gut aufgelegt, bis es darum ging, über etwas nachzudenken. Es war sehr schwer Antworten zu bekommen und viele Antworten wurden aus dem Momentzustand gewählt und schienen unrealistisch wie „er ist fröhlich, weil die Narbe hoffentlich bald wieder gut wird“. Der Bub definierte sich als eher ängstlich und wurde auch im Vergleich zu den anderen Kindern der Fallgruppe als ängstlicher erlebt. Weiters schien auch dieses Kind Schwierigkeiten im sozialen Umfeld zu haben wie auch andere Kinder der Fallgruppe (siehe Kind 2, Kind 3) erwähnten. Beim ermittelten Fremdbild, war es dem Kind, wahrscheinlich durch die Übernahme einer anderen „Rolle“, möglich, auch über eigene Schwächen zu sprechen. Auffallend war, dass der Bub sehr genau erklären konnte, wie die Behandlungen im AKH Wien abliefen, jedoch angab nicht zu wissen, warum er diese bekam. Er glaubte, dass alles in Ordnung sei und erzählte, dass er keine Besonderheiten hat. Insgesamt machte es den Eindruck, als neige das Kind zur Verdrängung negativer Aspekte in seinem Leben (z.B. seine Krankheit, eigene Schwächen), das vielleicht eine Abwehrstrategie sein könnte. Es schien, als benötige das Kind dieses „Verleugnen“ als Schutzmechanismen, um seine „aufgebaute Welt“ aufrechtzuerhalten.

6.2 Darstellung der Ergebnisse im Vergleich zu gesunden Kindern

Nachdem die Einzelfälle der Studie ausführlich dargestellt wurden, wird nun das Selbstkonzept der krebskranken Kinder dieser Fallgruppe mit dem gesunder Kinder gleichen Alters aus bisherigen Studien verglichen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede feststellen zu können.

In der Literatur herrscht Uneinigkeit darüber, ob kranke Kinder besser über ihren Körper Bescheid wissen, als gesunde Kinder gleichen Alters. Studien (Perrin et al. 1991; Ball 2004) gehen von einem höheren Körperwissen bei krebskranken Kindern aufgrund ihrer Erkrankung aus (Lohaus, Ball 2006, 114). Dem widersprechen andere Befunde (Gellert 1962; Glaun & Rosenthal 1987), die keine Unterschiede zu gesunden Kindern feststellen konnten (Belz-Merk 1995, 62). In der vorliegenden Untersuchung konnten keine Hinweise für ein erhöhtes Körperwissen krebskranker Kinder festgestellt werden, da die Kinder der Fallgruppe nicht mehr Körperteile bzw. Organe als gesunde Kinder in den Vergleichsstudien (Lohaus, Ball 2006) aufzählen konnten. Die Kinder der Fallgruppe lagen

durchaus im Durchschnitt zu gesunden Kindern gleichen Alters²⁶ (vgl. Lohaus, Ball 2006, 40f). Zwei Kinder hatten ein höheres Körperwissen, das jedoch an deren Interesse über den menschlichen Körper festgemacht werden könnte. Eine quantitative Studie mit einer repräsentativen Stichprobe müsste dies nachprüfen. Weiters konnte, der Literatur entsprechend, festgestellt werden, dass mit zunehmendem Alter ein Wissenszuwachs zu verzeichnen war (Lohaus, Ball 2006, 40f). Ein einziges Kind lag deutlich unter dem Durchschnitt im Vergleich zu anderen Kindern, wobei zu erwähnen ist, dass dieses Kind die meisten Krankheitseinflüsse (z.B. Erblindung, Magensonde etc.) in der Fallgruppe zu verzeichnen hatte und sich zusätzlich in der Untersuchung herausstellte, dass dieses Kind nicht über seine Erkrankung Bescheid zu wissen schien.

Die krebskranken Kinder der Fallgruppe konnten jedoch über Behandlungsmethoden, die speziell ihre Erkrankung betreffen, genau und detailliert Auskunft geben. Daher wird in diesem Bereich ein höheres Wissen als bei gesunden Kindern vermutet. Verzichtbar wurden von den Kindern dieser Studie meist keine oder nur vereinzelte Bestandteile im Körper wie Blinddarm angesehen, mit der Begründung, dass alles zusammenhängt. Dies könnte darauf hinweisen, dass ein Gesamtkonzept der Integrität des „Körpers als Ganzes“ bei krebskranken Kindern im Alter von 9 bis 12 Jahren zu bestehen scheint, was auch bei gesunden Kindern gleichen Alters festgestellt werden konnte (Goldbeck, Dorschner 1996, 80; Lohaus, Ball 2006, 42). Auffallend war, dass sich beide Kinder der Fallgruppe, die erblindet waren, als „groß“ und „dick/schwer“ definierten, das aber nicht der Realität entsprach. Es macht den Anschein, als würden sich diese eher als „schwerfällig“ fühlen, das vielleicht im Zusammenhang mit ihrem Alltag zu sehen ist, wo vieles, aufgrund ihrer Beeinträchtigung, eher langsamer und aufwändiger erfolgt und sie auf Hilfen anderer angewiesen sind.

In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass aufbauend auf das Körper-Selbstkonzept eine Vorstellung über sich selbst gebildet wird und der Körper, vor allem in der Kindheit, eine bedeutende Rolle einnimmt (siehe Kapitel 5.4.1). AutorInnen (Petermann 1997; Leyendecker, Lammers 2001; Langenbach, Koerfer 2006) sprechen davon, dass krebskranke Kinder mit ihrem veränderten Körperbild zurecht kommen müssen und dies Gefahren für ihre Persönlichkeitsentwicklung wie Ablehnung des eigenen Körpers,

26 7-11jährige Kinder können im Durchschnitt 6 bis 15 verschiedene Bestandteile des Körperinnenlebens aufzählen (Lohaus, Ball 2006, 40).

vermindertes Selbstwertgefühl, Angst und Unsicherheit etc. beinhaltet. In der Untersuchung hat sich gezeigt, dass die krebskranken Kinder der Fallgruppe sehr wohl negative Bewertungen gegenüber dem eigenen Körper anführten, jedoch hierbei eine Unterscheidung hinsichtlich des „Krankheitsverlaufs“ getroffen werden muss. So deuten die Ergebnisse darauf hin, dass krebskranke Kinder, die sich in der Induktionsphase (Akutphase) der Behandlung befinden, eine negativere Einstellung zu ihrem Körper haben, als krebskranke Kinder in der Erhaltungstherapie (Nachbehandlungen), worauf gleich noch bei der Typenbildung von krebskranken Kindern hinsichtlich „Krankheitsverarbeitung“ eingegangen wird. Kinder der Akutphase sind betroffen von Haarausfall, Schmerzen etc. und müssen auch noch mit den längeren stationären Aufenthalten im Krankenhaus umgehen lernen. Die Kinder der Studie, die sich bereits in der Erhaltungstherapie befanden, kommen lediglich für Kontrollen ins Krankenhaus und sprachen durchwegs positiver von ihrem Körper. Sie erzählten jedoch immer noch von Auswirkungen der Krankheit, vor allem bezogen auf eingeschränkte körperliche Fähigkeiten oder auf ihr verändertes Körperbild durch Narben. Dabei gab es Hinweise dafür, dass das verminderte Körpergefühl häufig aufgrund negativer Reaktionen aus der sozialen Umwelt dieser Kinder (z.B. durch Gleichaltrige) entstanden ist. Auch Eggert, Reichenbach und Bode (2003, 82) betonen in diesem Zusammenhang, dass entwickelte Selbstkonzeptbeeinträchtigungen oft aufgrund der Verhaltensweisen der Umwelt gegenüber besonderer Gegebenheiten entstanden sind. Die Kinder der Fallgruppe erwähnen immer wieder die „Blicke der Leute“ oder Hänseleien durch Gleichaltrige, die sie sehr belasten. Vor allem der Haarverlust und die erlebte „Entstellung“ durch Narben nehmen dabei eine hohe Stellung ein. Alle sehenden Kinder der Fallgruppe erwähnten ihren, durch die Behandlung der Erkrankung bedingten Haarausfall als besonders störend. Auch die Kinder, die sich bereits in der Erhaltungstherapie befanden, betonten immer wieder ihre Haare und wie „schön“ sie jetzt seien.

Ein Unterschied ergab sich bei den nicht sehenden zu den sehenden Kindern der Fallgruppe, die ihre Schönheit an ihrer Stimmung und nicht an äußerlich beobachtbaren Merkmalen festmachten. Ihre Selbstbeschreibungen bezüglich ihres Körperbildes differenzierten sich daher wesentlich zu denen sehender Kinder. Sie verwendeten eher globale Selbstbeschreibungen wie nett, lieb, fröhlich. Weiters wurde die Wichtigkeit anderer Sinnesorgane betont wie z.B. der Mund, den sie zum Sprechen benötigen oder die Hände, die sie zum Fühlen und Tasten brauchen.

Bei den krebskranken Kindern dieser Fallgruppe ergaben sich vor allem Hinweise dafür, dass diese Kinder auch noch in der Erhaltungstherapie mit den Auswirkungen der Krankheit auf ihr Körperbild zu kämpfen haben. Dies kam vor allem auch in den Kinderzeichnungen, die im Rahmen dieser Untersuchung entstanden sind, zum Vorschein. Auffallend war, dass bei allen Kindern der Fallgruppe die Körper beim „Steckbrief“ nie ausgemalt wurden, das Gewand oder andere Dinge in der Zeichnung hingegen schon. Dadurch sehen die Figuren sehr unscheinbar und zerbrechlich aus. Dies lässt sich in Bezug zu der Studie von Paine et al. (1985) über Menschzeichnungen von 12 krebskranken Kindern im Alter von 6 – 9,6 Jahren setzen, wie bereits im Kapitel 6.1 (siehe Kind 1) erläutert wurde. Die Befunde zeigen, dass die gezeichneten Menschen dieser Kinder signifikant kleiner und schmaler waren und eine geringere Fläche des Zeichenblattes ausfüllten als im Vergleich zu gesunden Schulkindern und ChirurgiepatientInnen desselben Alters. Die kleineren Menschzeichnungen der krebskranken Kinder wurden von den AutorInnen als Ausdruck der Ängste dieser Kinder durch ihre Erkrankung und als Ausdruck eines geringeren Selbstwertgefühls interpretiert. (Paine et al. 1985, 913) Die Menschzeichnungen der krebskranken Kinder der, in dieser Diplomarbeit untersuchten, Fallgruppe weisen Ähnlichkeiten mit diesen Befunden auf und könnten ebenfalls ein vermindertes Selbstwertgefühl und ein reduziertes Selbstbild dieser ausdrücken.

Bei den Zeichnungen über eine „menschliche Gestalt“ konnten viele Gemeinsamkeiten zur Selbstbeschreibung des Kindes festgestellt werden. Zusätzlich ähnelten sich der „Steckbrief“ (Portrait des Kindes) und die „menschliche Gestalt“ sowohl im Aussehen als auch hinsichtlich der zugeschriebenen Eigenschaften. Crotti (1999, 70) verweist darauf, dass der „Mensch-Zeichen-Test“ oft in psychologischen Testungen eingesetzt wird und die Kinder sich hierbei unbewusst selbst zeichnen bzw. sich ihr Selbstkonzept in der Zeichnung widerspiegelt. In der Untersuchung konnte selbiges beobachtet werden. Deutlich wurde, dass die Kinder offener über ihre Probleme reden konnten, wenn sie davon ausgingen, jemand anderer zu sein. So wurde z.B. der „menschlichen Gestalt“ ein „Diamantenauge“ verpasst, das hässlich aussieht und störend ist und symbolisch für das eigene Schielen gesehen werden konnte. Vor allem ist dies deshalb beeindruckend, da dieses Kind selbst Doppelbilder mit seinem eigenen Auge sieht, das auch mit dem Lichtbrechen eines Diamanten verglichen werden könnte. Auch schien es den Kindern der Fallgruppe leichter zu fallen, in einer anderen „Rolle“ über ihre Schwächen zu sprechen. So konnten die

Kinder beim vermuteten Fremdbild²⁷ intensiver über ihre eigene Gefühle sprechen und auch zugeben, dass sie z.B. gerade unglücklich sind. Die Selbsteinschätzungen der Kinder waren größtenteils mit den Fremdeinschätzungen ihrer Mütter ident. Dies konnte auch Baldering (1993, 172) feststellen, nach der die Einschätzungen der Eltern große Übereinstimmungen mit der Selbstsicht des Kindes aufwiesen und somit wichtige Informationen für die Interpretation der Daten liefern konnten.

Im Fähigkeitskonzept der krebskranken Kinder dieser Studie konnten kaum Unterschiede zu gesunden Kindern gleichen Alters festgestellt werden. Die sehenden Kinder beschrieben sich vorwiegend durch sportliche Aktivitäten, während die blinden Kinder eher von Tätigkeiten anderer Art wie Kettenfädeln sprachen. Trotzdem definierten sich alle Kinder der Studie hauptsächlich über Aktivitäten und Leistungen, sodass eine Übereinstimmung zu Studien mit gesunden Kindern gleichen Alters feststellbar ist (Harter 1983; Prücher 2002; Mummendey 2006). Dabei fiel der Vergleich mit Gleichaltrigen hinsichtlich eigener sportlicher und schulischer Fähigkeiten auf, der anscheinend sehr bedeutsam für die krebskranken Kinder ist. Dies entspricht ebenfalls den Tendenzen im Selbstkonzept von gesunden Kindern im Schulalter (Prücher 2002, 20; Mummendey 2006, 100). Lediglich die blinden Kinder schätzten sich negativer im Vergleich zu den anderen Kindern der Fallgruppe ein. Ein blindes Kind der Studie gab an, vieles nicht so wie sehende Kinder zu können, weil es blind ist. Vor allem hinsichtlich körperlicher Fähigkeiten schätzen sich beide blinden Kinder negativer und ängstlicher ein.

Bei den krebskranken Kindern dieser Studie war auffällig, dass der Vergleich zu Gleichaltrigen, besonders hinsichtlich „Gleichheit“ und „Normal-Sein“, im Vordergrund zu stehen scheint. Die Kinder sind sehr darauf bedacht, gleich viel zu können, gleich hübsch zu sein etc. Dies könnte in Verbindung damit gesetzt werden, dass viele Kinder der Fallgruppe über bereits erlebte Ausgrenzungen in ihrem sozialen Umfeld berichteten. Sie kennen das Gefühl „anders zu sein“ und es macht den Anschein, als versuchen sie, sich dagegen zu wehren. Dies verdeutlicht sich in dem geäußerten Wunsch aller Kinder der Studie „normal sein zu wollen“, keine Probleme mehr zu haben und alles ungeschehen zu machen. Trotzdem ist bei den meisten Kindern der Fallgruppe ein großer „Überlebenswille“ und eine optimistische Zukunftseinstellung zu erkennen. Die Mehrheit der Kinder glaubt,

27 vermutetes Fremdbild: das Kind sollte sich in der Untersuchung so beschreiben, wie es denkt, dass es sein/e beste/r Freund/in sieht.

dass der Tumor besiegt werden kann und dann alles wieder gut wird.

In den Adjektivlisten wurden gewisse Häufigkeiten bei den Antworten der krebskranken Kinder dieser Untersuchung festgestellt. So gaben alle krebskranken Kinder der Fallgruppe an, zufrieden mit sich selbst zu sein. Dies konnte auch in einer Studie mit chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen verzeichnet werden, in der ebenfalls höhere Werte in der Skala „Allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Welt“ auftraten (Seiffge-Krenke 1995, 37). Weiters definierten sich alle als gute SchülerInnen, gute MitspielerInnen und tolle FreundInnen, was wiederum auf die Wichtigkeit der sozialen Anerkennung hindeutet. Die Kinder begründeten oft ihre gewählten Eigenschaften damit, dass dies auch andere zu ihnen sagen würden. Zum Beispiel definierte sich ein Kind als hübsch, weil dies auch seine Freunde zu ihm sagen. Mummendey (2006, 99f) weist darauf hin, dass Aussagen wichtiger Vergleichspersonen den Leitfaden der Selbsteinschätzung im Schulalter bestimmen. Auffällig war, dass sich alle sehenden Kinder, bis auf ein Mädchen, als „gut im Sport“ bezeichneten und beide blinden Kinder als „nicht gut im Sport“ definierten. Fünf von sechs Kindern waren auch davon überzeugt, „oft gute Ideen“ zu haben und „schlau“ zu sein. Die Selbsteinschätzungen der Kinder waren größtenteils ident mit ihrem vermuteten Fremdbild, wobei sie jedoch in einer anderen „Rolle“ leichter über Gefühle und Schwächen sprechen konnten, wie bereits erwähnt. Trotzdem ist zu vermerken, dass, vor allem bei den Adjektivlisten, deutlich wurde, dass die Kinder sich sehr oft in beschönigender Weise darstellten, das auch Asendorpf und van Aken (1993a, 86) in ihren Studien mit Kindern feststellen konnten. In den Interviews kamen daher manchmal widersprüchliche Hinweise zu den ausgefüllten Adjektivlisten auf. So wurde z.B. „schnell“ beim Laufen angekreuzt, im Gespräch erwähnte dann das Kind jedoch, dass es zu den langsamsten Läufern der Klasse gehört und gern schneller sein möchte. Daher wurde auch den qualitativen Interviews und sprachlichen Äußerungen der Kinder mehr Bedeutung bei der Auswertung zugemessen als den Adjektivlisten. Im Gespräch konnten, durch gezieltes Nachfragen, Unklarheiten beseitigt und zentrale Tendenzen in den Antworten der Kinder ausgemacht werden. Vor allem, da die Fragen immer wieder, in modifizierter Form gestellt und die Antworten miteinander verglichen wurden. Zusätzlich konnten durch das, von den Eltern ausgefüllte, Datenblatt Hinweise eingeholt werden, die zu einer differenzierteren Interpretation der Daten der Kinder beigetragen haben.

Zusätzlich zu den qualitativen Interviews und Adjektivlisten wurden die Harterskalen mit den Kindern der Fallgruppe durchgeführt und gemäß der Angaben von Asendorpf und van Aken (1993) ausgewertet. Hierzu wurden die Skalen von eins bis vier durchskaliert und anschließend die Mittelwerte pro Skala berechnet (siehe Kapitel 5.6.1.3.2). Danach wurde der Gesamtwert aus der Summe der Mittelwerte aller Skalen berechnet. Die Mittelwerte wurden auf zwei Komastellen genau gerundet. Alles bis 0,004 wurde abgerundet, alles über 0,005 aufgerundet. Die angeführte Tabelle²⁸ enthält sowohl die errechneten Mittelwerte jedes einzelnen Kindes der vorliegenden Untersuchung, als auch die Gesamtwerte der Vergleichsstudie von Asendorpf und van Aken (1993a, 74):

| | Asendorpf van Aken | Studie über krebskranke Kinder | K 1 weibl | K 2 weibl | K 3 männl | K 4 männl | K 5 männl. blind | K 6 männl. blind |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|------------------------|
| Fähigkeitsk. (kognitive Fäh.) | M: 2,86 B: 3,01 | M: 3,17 B: 3,04 | 3 | 3,33 | 3 | 3,33 | 2,5 | 3,33 |
| Soziales Selbst (Peerakzeptanz) | M: 3,06 B: 3,08 | M: 3,25 B: 3,34 | 3,5 | 3 | 3,17 | 3 | 3,67 | 3,5 |
| Fähigkeitsk. (physische Fäh.) | M: 3,02 B: 3,05 | M: 3,08 B: 2,46 | 2,83 | 3,33 | 3,17 | 3,33 | 2,33 | 1 |
| Körperk. (Aussehen) | M: 3,27 B: 3,33 | M: 3,41 B: 3,46 | 4 | 2,83 | 3,83 | 3 | 4 | 4 |
| Gesamter Mittelwert | M: 3,09 B: 3,14 | M: 3,23 B: 3,14 | 3,33 | 3,13 | 3,29 | 3,17 | 3,13 | 2,96 |

Bei den kognitiven Fähigkeiten schätzten sich die Kinder der Fallgruppe positiver im Vergleich zu gesunden Kindern desselben Alters ein. Dabei sind die Werte der Mädchen der Fallgruppe deutlich höher als die der gesunden. Beim sozialen Selbst definierten sich sowohl die Buben als auch die Mädchen der Fallgruppe deutlich als „mehr anerkannt“ im Vergleich zu gesunden Kindern. Dies könnte jedoch eine Wunschvorstellung der krebskranken Kinder ausdrücken, da viele von ihnen über erlebte soziale Ausgrenzungen berichteten und die Werte daher womöglich nicht der tatsächlichen „Peerakzeptanz“ entsprechen. Bei den physischen Fähigkeiten weisen die krebskranken Buben der Fallstudie deutlich negativere Werte auf im Vergleich zu gesunden Buben. Dies könnte auf die

28 (Abkürzungen in der Tabelle: M = Mädchen; B = Buben; die dargestellten Werte der Studie von Asendorpf und van Aken an gesunden Kindern wurden am Ende der 4. Grundschulklasse erhoben; die grauen Felder zeigen die Mittelwerte der einzelnen Kinder der Fallgruppe (Kind 1-6))

Einschränkungen durch die Krankheit im sportlichen Bereich hindeuten, die ebenfalls immer wieder erwähnt wurden. Auffällig ist die Skala „Aussehen“, bei der sich drei Kinder der Fallgruppe mit der höchsten Stufe einschätzten, drei deutlich schlechter als gesunde Kinder gleichen Alters. Zwei der Kinder, die sich negativer bewertet haben, befinden sich noch in der Akutphase der Behandlung und sind geprägt durch Haarausfall und schlechtem körperlichen Befinden. Das dritte Kind, das sich negativer bewertet, ist gekennzeichnet von großen Narben. Auffällig ist, dass sich beide blinden Kinder ebenfalls mit der höchsten Stufe im „Aussehen“ bewerteten. Der Gesamtwert der Buben der Fallgruppe ist ident mit dem der Vergleichsgruppe. Die krebskranken Mädchen schätzten sich insgesamt besser ein als gesunde Mädchen desselben Alters. Die Ergebnisse der blinden Kinder zeigen deutliche Differenzen im Bereich körperliche Fähigkeiten, das in den Interviews ebenfalls immer wieder angesprochen wurde. Weiters schätzen sich die blinden Kinder in der Skala „Peerakzeptanz“ durchwegs besser ein im Vergleich zu anderen Kindern beider Studien.

Es ist zu erwähnen, dass es sich in der vorliegenden Untersuchung lediglich um eine kleine Anzahl krebskranker Kinder in einer ausgewählten Institution handelt, wodurch die Ergebnisse der durchgeführten Harterskalen nicht auf andere krebskranke Kinder verallgemeinerbar sind. Außerdem wurden die Werte von Asendorpf und van Aken (1993) in einer rein quantitativen Erhebung und somit anhand einer repräsentativen Stichprobe gesunder Kinder ermittelt, wodurch diese lediglich zum Vergleich der vorliegenden Untersuchung herangezogen wurden. Eine Überprüfung der Ergebnisse der vorliegenden Fallstudie müsste anhand einer repräsentativen Stichprobe erfolgen.

6.3 Versuch einer ersten Typenbildung krebskranker Kinder

Die vorliegende Untersuchung könnte insofern ein erster Ansatz in Richtung Theorieentwicklung sein, als „Typen“ krebskranker Kinder ausgemacht werden, die den Sinn haben, komplexe soziale Realitäten zu erfassen (Kelle, Kluge 1999, 9). Im Folgenden wird versucht solche „Typen“ hinsichtlich der „Krankheitsverarbeitung“ innerhalb der Fallgruppe der vorliegenden Untersuchung ausfindig zu machen. Wie gehen die untersuchten Kinder dieser Studie mit den Auswirkungen der Krebserkrankung auf ihr Selbst um und welche „Verarbeitungstypen“ lassen sich erkennen?

In den Einzelfalldarstellungen (siehe Kapitel 6.1), sind Merkmale erkennbar, wie die krebskranken Kinder mit ihrer Krankheit umgehen. Durch eine Fallkontrastierung konnten Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Einzelfällen festgestellt werden, sodass ähnliche Fälle unter einem sogenannten „Typus“ zusammengefasst, aber auch differente Fälle voneinander abgegrenzt werden können (Kelle, Kluge 1999, 75). Für die Typengenerierung wurden Themen aus der Falldarstellung herausgenommen, die jedes Kind der Fallgruppe der vorliegenden Untersuchung betreffen (siehe Kategorien in der Tabelle), um verschiedene „Typen“ hinsichtlich Krankheitsverarbeitung ausmachen zu können:

| Einzel-fälle | Krankheitsphase | Gefühlszustand | Krankheitseinfluss auf das Selbst-konzept: | soziales Umfeld: | Typus: |
|------------------|--|---|---|---|------------------------------------|
| Kind 2 | Akutphase, stationäre Aufnahme, Strahlentherapie | pessimistische Zukunftseinstellung; Niedergeschlagenheit „Verdrängung der Krankheit“ | schlechter körperlicher Zustand, körperliche Veränderungen wie Haarausfall; eigenen Fähigkeiten kritisch eingestellt | kaum Sozial-kontakte zu Gleichaltrigen; tut sich schwer sich zu integrieren; in Familie wird nicht über Krankheit gesprochen; | „Das hilflose Kind“ |
| Kind 4 | Akutphase, stationäre Aufnahme, Strahlentherapie | optimistische Zukunftseinstellung; überzeugt, dass alles vorbei geht; „Akzeptanz der Krankheit“ | schlechter körperlicher Zustand; körperliche Veränderungen; von eigener Handlungs-kompetenz überzeugt; | viele Sozialkontakte; findet leicht Anschluss; in Familie wird über Krankheit gesprochen; | „Das akzeptierende Kind“ |
| Kind 1 Kind 3 | Erhaltungstherapie; kurze Spitalsaufenthalte, Nachbehandlung | optimistische Zukunftseinstellung; Krankheit nicht aktuell, aber Auswirkungen nicht vergessen | guter körperlicher Zustand; geringe körperliche Veränderungen wie Narben; von eigenen Fähigkeiten/ Handlungs-kompetenz überzeugt; | ausreichend Sozialkontakte; versucht „normales“ Leben wieder aufzunehmen; in Familie wird über Krankheit gesprochen; | „Das neutralisierende Kind“ |
| Kind 5 | Erhaltungstherapie | selbstkritische Lebenseinstellung; geprägt durch Krankheit | viele körperliche Beschwerden; selbstkritisch in Bezug auf eigene Fähigkeiten aber durchaus davon überzeugt | kaum Sozialkontakte zu Gleichaltrigen; in Familie wird über Krankheit gesprochen; schwierige Familien-verhältnisse | „Das realistische Kind“ |
| Kind 6 | Erhaltungstherapie | „Verdrängung“ der Krankheit bzw. „Unwissen“; unrealistische Einstellungen | viele körperliche Beschwerden; unrealistische Einstellungen sich selbst gegenüber (Ideal/- Wunschvorstellungen) | kaum Sozialkontakte zu Gleichaltrigen; in Familie wird nicht über Krankheit gesprochen; | „Das träumende Kind“ |

| Typus: | Beschreibung des Typus: |
|------------------------------------|--|
| „Das hilflose Kind“ | Dieses Kind befindet sich in der Akutphase seiner Krebsbehandlung, ist geprägt durch einen schlechten körperlichen Zustand und wurde erst vor kurzem mit der Krankheit und deren Auswirkungen konfrontiert, sodass es noch nicht mit der neuen Lebenssituation umgehen kann. Zusätzlich fühlt sich auch die Familie mit der Diagnose überfordert, sodass es vermieden wird, mit dem Kind über die Krankheit zu sprechen, sodass es „hilflos“ sich selbst überlassen ist. Hier besteht die Gefahr einer Erschütterung des gesamten Selbstkonzepts des Kindes. |
| „Das akzeptierende Kind“ | Dieses Kind befindet sich auch in der Akutphase seiner Krebsbehandlung, ist jedoch dabei, seine Krankheit und deren Auswirkungen zu akzeptieren. Unterstützt wird dies durch Gespräche mit seiner Familie, die versuchen, das Beste aus der Situation zu machen und optimistisch in die Zukunft zu sehen. Das Selbst des Kindes ist soweit gefestigt, dass das Kind von sich selbst und seiner Handlungskompetenz trotz Erkrankung überzeugt ist. |
| „Das neutralisierende Kind“ | Dieses Kind befindet sich bereits in der Erhaltungstherapie seiner Krebsbehandlung und ist dabei, sein „normales“ Leben wieder aufzunehmen. Dabei ist es vor allem damit beschäftigt, die Auswirkungen der Krankheit zu „neutralisieren“, indem versäumte Schulstoffe wieder nachgeholt, soziale Ausgrenzungen verarbeitet und neue Sozialkontakte geknüpft werden. Dieses Kind ist dabei, sein Selbst wieder aufzubauen und zu stärken. Dies zeigt sich darin, dass es von seiner Handlungskompetenz überzeugt ist und fest im Leben steht. |
| „Das realistische Kind“ | Dieses Kind musste durch die veränderten körperlichen Bedingungen sein Leben komplett umstellen. Dadurch hat es eine sehr selbstkritische Lebens Einstellung erworben und versucht die Dinge realistisch zu betrachten. Das Selbst des Kindes wurde stark erschüttert, das sich in der Einstellung des Kindes widerspiegelt. Trotzdem ist es von seinen Fähigkeiten durchaus überzeugt. |
| „Das träumende Kind“ | Bei diesem Kind ist nicht sicher, ob es von seiner Krankheit nichts weiß oder ob es die „Realität“ nicht wahrhaben möchte. Es äußert unrealistische Selbsteinschätzungen, die eher Ideal- bzw. Wunschvorstellungen entsprechen und vermeidet es, über sich selbst nachzudenken. |

Diese Typenbildung stellt einen ersten Versuch dar, die krebskranken Kinder der vorliegenden Untersuchung nach spezifischen Merkmalen einzuteilen. Dadurch könnten auch erste Thesen entstehen, an die eine quantitative oder auch eine erweiterte qualitative Studie anknüpfen könnte.

Nachdem die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ausführlich dargestellt wurden, werden diese nun in einem letzten Kapitel diskutiert und ein wissenschaftlicher Forschungsausblick gegeben.

7 Diskussion und Forschungsausblick

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die Krebserkrankung auf das Selbstkonzept des Kindes nimmt und inwiefern heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst des erkrankten Kindes beitragen kann. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte und Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung noch einmal kurz zusammengefasst und einer wissenschaftlichen Reflexion unterzogen. Zusätzlich sollen Forschungsansätze dargestellt werden, an die die wissenschaftliche Heilpädagogik anknüpfen kann.

7.1 Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Wie bereits erläutert, ist der größte Teil an Literatur zur Selbstkonzeptforschung im psychologischen Bereich zu finden. So wurden Studien über den Zusammenhang von Selbstkonzept und psychischen Problemen von Menschen, aber auch über deren Selbstwertgefühl betrieben. (Filipp 1984, 9; Mummendey 2006, 13) In bildungswissenschaftlichen Debatten ist erst in den letzten Jahren eine Hinwendung zu diesem Forschungsgebiet erkennbar, sodass die Selbstkonzeptforschung in diesem Bereich noch am Anfang steht. Die Instrumente zur Selbstkonzepterfassung reichen über Fragebögen bis zu projektiven Verfahren, wobei sich der Großteil der Selbstkonzeptstudien in der Literatur auf quantitative Erhebungsmethoden mittels Adjektivlisten oder Ratingverfahren (Urteile sollen auf numerischen Schätzskalen abgegeben werden) bezieht. (Hofmann 2001; Schuppener 2005; Mummendey 2006) Diese Verfahren werden jedoch kritisiert, da die bloßen Zuordnungen von Eigenschaften kaum Aussagen darüber zulassen, wie die Person zu bestimmten Selbstannahmen gekommen ist. Aufgrund dessen wendet sich die Selbstkonzeptforschung immer häufiger qualitativen Forschungsansätzen zu, um die Sichtweise der Personen angemessen rekonstruieren zu können. (Hofmann 2001, 323) Daher wurden in dieser Arbeit qualitative und diagnostische Methoden miteinander verknüpft, um das Selbstkonzept krebskranker Kinder zu erfassen. Gleichzeitig diene diese Methoden-Triangulation auch dem Zweck, mehrere Zugänge (durch verschiedene Erhebungsmethoden) zu den Kindern zu finden (Eggert, Reichenbach, Bode 2003, 123). Der Fokus der vorliegenden Untersuchung wurde auf bestimmte Teilbereiche des Selbst der krebskranken Kinder gelegt, da spezifische Selbstkonzeptbereiche im Kindesalter mehr

Stabilität aufzeigen als das globale Selbstkonzept (vgl. hierzu Kapitel 5.3). Da das Fähigkeitskonzept besonders im Schulalter bedeutend für die Selbstkonzeptentwicklung des Kindes ist, wurde dieses genauer betrachtet (Führer 2000; Prücher 2002). Die subjektive Einstellung des Kinder über sich und seine Fähigkeiten beeinflusst die kindliche Handlungskompetenz wesentlich, weshalb es für bildungswissenschaftliche Forschungsvorhaben wichtig wird, diese Selbstsicht-Perspektiven genauer zu untersuchen, worauf gleich noch näher eingegangen wird (Laskowski 2000, 8). Außerdem wurde noch das Körperkonzept der krebskranken Kinder dieser Fallgruppe fokussiert, da eine körperliche Erkrankung einen wesentlichen Einflussfaktor für die Erziehung und Bildung des Kindes darstellt, sodass hier Handlungsbedarf für PädagogInnen gesehen wird (Leyendecker, Lammers 2001, 15; Ertle 2003, 326).

Werden die Tendenzen im Selbstkonzept der krebskranken Kinder dieser Fallgruppe betrachtet, so lassen sich auf den ersten Blick kaum Unterschiede zu Selbstkonzeptdaten gesunder Kinder gleichen Alters erkennen. Das Selbstkonzept kranker Kinder scheint ähnlich organisiert zu werden, wie bei Kindern, deren Entwicklung einigermaßen ungestört verläuft. So konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht festgestellt werden, wie theoretisch angenommen wurde (vgl. Kapitel 5.4), dass krebskranke Kinder aufgrund der Erkrankung mehr über den menschlichen Körper wissen als gesunde Kinder gleichen Alters. Über spezielle Behandlungsmethoden wie Port-a-cath, Magnetresonanz etc., die speziell ihre spezifische Erkrankung betreffen, konnten alle Kinder dieser Studie sehr genau und detailliert Auskunft geben. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass krebskranke Kinder aufgrund ihrer vielen negativen körperlichen Erfahrungen, wie ebenfalls theoretisch angenommen wurde, eine negativere Einstellung zu ihrem Körper haben als gesunde Kinder desselben Alters. Auch noch in der Erhaltungstherapie wird über die empfundene Belastung durch körperliche Veränderungen wie Narben, Haarausfall etc. gesprochen. Dafür scheinen vor allem negative Reaktionen aus dem sozialen Umfeld auf das Körperbild dieser Kinder verantwortlich zu sein.

Im Fähigkeitskonzept der krebskranken Kinder der Fallgruppe konnten keine großen Unterschiede zu gesunden Kindern gleichen Alters festgestellt werden. Die Kinder der Studie erwähnten ebenfalls vorwiegend Aktivitäten, vermehrt aus dem körperlichen und sportlichen Bereich, wodurch kaum altersuntypische Auffälligkeiten zu gesunden Kindern erkennbar waren. Auch in der Schule waren die meisten von ihren Fähigkeiten überzeugt,

wie in der Literatur für gesunde Kinder desselben Alters angenommen wurde (Prücher 2002). Die Annahme, dass sich krebskranke Kinder im Fähigkeitskonzept negativer im Vergleich zu gesunden Kindern gleichen Alters einschätzen, konnte somit nicht bestätigt werden. Auffällig war jedoch, dass alle Kinder der Fallgruppe so genannte „Schwebebilder“ zeichneten, die nach Krenz (1996, 91) auf eine mögliche Unsicherheit in der Handlungskompetenz hindeuten könnten. Diese Interpretation könnte vielleicht auf die Krebserkrankung bezogen werden, da die Kinder der Fallgruppe auf ihre Erkrankung nicht aktiv einwirken können und somit „handlungsunfähig“ sind.

Es ist auch anzumerken, dass es der gesamten Fallgruppe wichtig war, „gleich zu sein“, „normal zu sein“ wie andere Kinder. Die krebskranken Kinder dieser Fallgruppe scheinen daher eher die „Anpassung“ als die „Individualität“ anzustreben. Es ergaben sich Hinweise, dass die Sozialkontakte zu gleichaltrigen Kindern Schwierigkeiten aufzeigen, indem von sozialen Ausschlüssen, Hänseleien etc. erzählt wurde. Probleme im sozialen Umfeld krebskranker Kinder wurden auch in der Literatur immer wieder erwähnt (Petermann 1994; Leyendecker, Lammers 2001). Daher ist der Wunsch dieser Kinder, von anderen akzeptiert und integriert zu werden, sehr deutlich.

7.2 Heilpädagogische Reflexion der Ergebnisse

Die durchwegs positiven Ergebnisse im Selbstkonzept der krebskranken Kinder dieser Studie scheinen anfänglich zu erstaunen, wenn die körperlichen und seelischen Krisen dieser Kinder bedacht werden, die mit einer derartigen Erkrankung auftreten. In der Selbstkonzeptforschung wird jedoch angenommen, dass jeder Mensch, auch der chronisch Kranke, dazu tendiert, ein positives Selbstkonzept von sich zu entwickeln oder aufrecht zu erhalten, wenn er günstige ärztliche und psychosoziale Betreuung erhält (Schmitt 1996, 66). Chronisch kranke Kinder können genauso wie körperbehinderte Kinder zu dem Personenkreis der Heilpädagogik gezählt werden, da in beiden Fällen die zu Grunde liegende Krankheit oder körperliche „Schädigung“ nicht nur vorübergehend ist und ihre soziale Eingliederung dadurch behindert wird (Leyendecker, Lammers 2001, 15). Behinderung in diesem Sinne wird also nicht auf den bestehenden „Defekt“ bezogen, sondern auf den sozialen Prozess der Beeinträchtigung. Weiters nimmt eine Krankheit einen entscheidenden Einfluss auf die Erziehung und Bildung kranker Kinder, sodass hier ein pädagogischer Anspruch ausgemacht werden kann (Leyendecker, Lammers 2001, 15; Ertle

2003, 326) Trotzdem wurden krebskranke Kinder im Rahmen der Heilpädagogik bisher vernachlässigt, weshalb es wichtig wird, nach den Bedingungen einer optimalen Entwicklung dieser Kinder zu fragen.

Aktuelle Sichtweisen in der bildungswissenschaftlichen Forschung fordern immer mehr die Hinwendung zu subjektiven Einstellungen der „zu Erziehenden“. So betont auch Schuppener (2005, 12), dass eine Hinwendung zu Selbstsicht-Perspektiven zu einer Weiterentwicklung innerhalb der bildungswissenschaftlichen Theorie aber auch zu Praxisbezügen beitragen kann. Eine Untersuchung über das Selbstkonzept kann Auskunft darüber geben, wie ein Mensch über sich selbst denkt, wie er sich wahrnimmt und bewertet und welche Handlungs- und Verhaltensweisen er davon ableitet. Kurz gesagt: Selbstkonzeptforschungen tragen im Wesentlichen dazu bei, subjektive Vorstellungen von Menschen transparent zu machen, wodurch deren Verhalten und Handeln erklärbar wird (vgl. hierzu Kapitel 4) (Filipp 1984, 148f; Laskowski 2000, 8f; König, Zedler 2007, 157). Im Bereich der Heilpädagogik gibt es vereinzelt Studien über blinde oder lernbehinderte Kinder, krebskranke Kinder blieben bisher weitgehend unberücksichtigt. Daher kann die vorliegende Diplomarbeit als Beitrag zur deutschsprachigen Selbstkonzeptforschung im Bereich der Heil- und integrativen Pädagogik gesehen werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden nun vor allem im Hinblick auf Forschungsansätze innerhalb der wissenschaftlichen Heilpädagogik diskutiert, jedoch sollen auch Hinweise für eine bildungswissenschaftliche Theoriebildung und für Praxisentwürfe geliefert werden. Dabei ist festzuhalten, dass die ausgemachten zentralen Tendenzen im Selbstkonzept der krebskranken Kinder dieser Untersuchung nicht verallgemeinerbar sind, da sie nur auf diese Kinder in einer ausgewählten Institution zutreffen und anhand einer repräsentativen Stichprobe überprüft werden müssten. Trotzdem kann diese Diplomarbeit als Anstoß für weitere Untersuchungen in diesem Gebiet gesehen werden, worauf nun ausführlich eingegangen wird.

7.2.1 Heilpädagogische Forschungsansätze

Gerade eine Pädagogik für kranke Kinder und Jugendliche erfährt noch wenig allgemeines Interesse. Grund dafür könnte die Annahme sein, dass diese Kinder besser in Ruhe gelassen werden sollten, da sie sowieso schon mit ihren Beschwerden zurechtkommen müssen (Ertle 2003, 325f). Vorannahmen und Meinungen sind vor allem in der Bildungswissenschaft

bedeutend. Erziehung geht immer von einem gewissen Menschenbild bzw. von gewissen Wertvorstellungen aus, die das Handeln und Denken der PädagogInnen beeinflussen. Wertvorstellungen oder Menschenbilder können Vorurteile gegenüber bestimmten Personen enthalten, sodass Menschen aufgrund ihrer „Andersartigkeit“ stigmatisiert oder in ihrer Handlungskompetenz unterschätzt werden. Haeberlin (2005, 176) betont, dass jedes erzieherische Handeln von Wertentscheidungen gelenkt wird, sei es bewusst oder unbewusst. Wichtig wäre es, diese unbewussten Menschenbilder transparent und somit kritisierbar zu machen, um sich auf den ersten Schritt wissenschaftlichen Denkens zu begeben. Selbstsicht-Perspektiven von Menschen könnten wesentlich dazu beitragen, derartige Vorurteile oder Meinungen zu verändern und zu einem erweiterten Theorieverständnis innerhalb der Heilpädagogik führen. So wurde in dieser Diplomarbeit der Versuch unternommen, die Sichtweise über krebskranke Kinder zu differenzieren, indem Typen von krebskranken Kindern hinsichtlich Krankheitsverarbeitung entwickelt wurden. Ein weiterer Forschungsansatz wäre, die Autonomieentwicklung dieser Kinder zu untersuchen, vor allem hinsichtlich ihrer verlängerten Abhängigkeit zu Erwachsenen durch ihre Erkrankung.

In der jüngeren Selbstkonzeptforschung wird auch dem Faktor „Situation“ immer mehr Bedeutung zugesprochen, „Situation“ in dem Sinne, dass selbstbezogene Informationen, die das Individuum für seine Selbstkonzeptbildung benötigt, immer in einem konkreten Kontext (Situation) bereit gestellt und verarbeitet werden. (Filipp 2000, 9f) Daher ist es wichtig danach zu fragen, wie das krebskranke Kind die Situation „Krankenhaus“ wahrnimmt und welchen Einfluss dies auf die Selbstkonzeptentwicklung des Kindes hat. In der vorliegenden Untersuchung betonten die krebskranken Kinder der Fallgruppe immer wieder ihr Streben nach „Gleichheit“, „Normal-Sein“ etc. Gerade in der Heilpädagogik werden Werte wie „Normalität“ immer wieder diskutiert. Daher stellt sich auch in diesem Zusammenhang die Frage, welche Bedingungen geschaffen werden müssen, dass Kinder trotz Krebserkrankung möglichst „normale/gleiche“ Lebensräume, Tagesabläufe, Beziehungen etc. erleben können, sowohl im Krankenhaus als auch danach. Dabei ist es für HeilpädagogInnen wichtig zu beachten, dass krebskranke Kinder nicht vordergründig „PatientInnen“ sind, sondern eben „Kinder“, die nach Anforderungen, nach Bildung und nach Neuem streben, genauso wie gesunde Kinder auch.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Selbstkonzeptentwicklung ist die Interaktion mit anderen Menschen, in der wichtige Selbst- als auch Fremdzuschreibungen statt finden. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Kinder auch immer wieder gefragt, wie es ihnen dabei geht, wenn die Ärzte sie behandeln und auf ihren Körper einwirken. Die Antwort war meist: „Naja, man muss ihnen halt vertrauen!“ In dieser Botschaft wird vor allem die Unsicherheit und der Mangel an Vertrauen zu den Ärzten erkennbar. Daher ist aus heilpädagogischer Perspektive wichtig zu fragen, welche Informationen dem krebskranken Kind durch das interdisziplinäre Team im Krankenhaus gespiegelt oder verbal vermittelt werden bzw. welche Haltungen dem Kind entgegengebracht werden und welchen Einfluss dies auf die Selbstkonzeptentwicklung des kranken Kindes hat.

Gerade im medizinischen Bereich bestimmen die „professionell Handelnden“ über ihre „KlientInnen“. Die krebskranken Kinder müssen meist passiv erdulden, was mit ihnen geschieht. Doch gerade in der Stärkung des Selbst des Kindes kann eine aktive Krankheitsbewältigung gefördert werden. So beschäftigen sich einige wenige Forschungsansätze damit, inwiefern das Selbstkonzept einem Menschen hilft kritische Lebensereignisse wie eine Erkrankung zu verarbeiten und zu bewältigen (Baldering 1993, 34; Filipp 1995, 7f) Nach Frommer und Marotzki (2006, 187) ist es sowohl in der Medizin als auch in der Bildungswissenschaft wichtig, die subjektiven Sichtweisen eines Individuums zu kennen und zu berücksichtigen, um dementsprechend mit dem Menschen umgehen und agieren zu können. Goldbeck und Dorschner (1996, 77) verweisen ebenfalls darauf, dass eine Untersuchung über die subjektiven Vorstellungen kranker Kinder über ihre Krankheit wesentlich sein kann für die Beurteilung ihres Verhaltens und ihrer Handlungen. HeilpädagogInnen könnten im Krankenhaus vor allem eine Vermittlerrolle zwischen „Professionellen“ und den krebskranken Kindern einnehmen, indem sie die Kinder bei Gesprächen unterstützen, sie aufklären, aber auch Verarbeitungsmöglichkeiten des Erlebten im pädagogischen Handlungsfeld zur Verfügung zu stellen. Eine Möglichkeit heilpädagogischen Handelns im Krankenhaus bietet der Heilstättenunterricht (siehe auch Kapitel 4.3), worauf nun näher eingegangen wird.

7.2.2 Der Heilstättenunterricht

Schiffermüller (1997, 115ff) betont, dass vor allem in der onkologischen Literatur die Bedeutung pädagogischen Handelns bisher vernachlässigt wurde. Gerade die Schule nimmt nach Schiffermüller für viele krebskranke Kinder einen wichtigen Stellenwert ein, weil

dadurch eine Zukunftsperspektive vermittelt und der Anschluss an die Stammschule (Regelschule) erhalten werden kann. Im AKH Wien ist der so genannte Heilstättenunterricht im Betreuungsangebot krebskranker Kinder integriert, der Kindern ermöglicht, den versäumten Schulstoff der Stammschule aufzuarbeiten und somit Unterrichtsrückständen entgegen zu wirken. Doch abgesehen von der schulischen Betreuung der kranken Kinder, sind einige Faktoren wesentlich, die kurz angeführt werden. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass es den krebskranken Kindern dieser Fallgruppe extrem wichtig zu sein scheint, „normal“ zu sein, so wie gesunde Kinder gleichen Alters. Weiters wurde auch deutlich, dass die Kinder durch ihre Krankheit vieles passiv erdulden müssen, wie bereits erläutert. Im heilpädagogischen Handlungsfeld können dem Kind gleiche Lebensbedingungen, gleiche Anforderungen und Behandlungen wie gesunden Kindern desselben Alters entgegengebracht werden. So wurde auch den krebskranken Kindern im AKH durch die PädagogInnen vermittelt, dass sie nicht vordergründig „PatientInnen“ sind, sondern eben „Kinder“, die sich ausprobieren können und Anforderungen entsprechend ihrer Entwicklungsstufen bewältigen „dürfen“. Der unkomplizierte Umgang der HeilstättenlehrerInnen mit den Kindern bestärkte sie meines Erachtens darin, „normal“ zu sein, wobei dieser Umgang von den Kindern der Fallgruppe als sehr wichtig angesehen wurde. Die Kinder der Studie betonten immer wieder, wie wichtig ihnen die Heilstättenschule im AKH sei. Sie biete ihnen eine Abwechslung zum „sterilen“ Krankenhausalltag und ermögliche ihnen das Erleben einer „annähernd“ alltäglichen Lebenssituation.

Es ist vor allem wichtig, dass Kinder im heilpädagogischen Umfeld die Möglichkeit bekommen selber aktiv zu sein. Durch das Bereitstellen kindgerechter Ausdrucksmittel wie Kinderzeichnungen, selbst gewählte oder frei erfundene (Rollen)Spiele können die Kinder ihre Gefühle und Gedanken in einem geschützten Rahmen ausdrücken. Flitner (2002, 74ff) verweist darauf, dass im Spiel verschiedene Situationen durchgespielt werden können. So kann eine erlebte angespannte Situation im Spiel symbolisch wieder hergestellt und solange wiederholt werden, bis sie psychisch verarbeitet werden kann. Vor allem solche Situationen, die gewöhnlich passiv erduldet werden mussten, werden durchgespielt, da das Kind im Spiel die „Macht“ übernehmen und handeln kann. Auch im Rahmen dieser Studie konnte beobachtet werden, wie ein Kind dieser Fallgruppe „Doktor“ mit Plüschtieren spielte und die Rolle des Arztes einnahm. Es erklärte den „Kindern“, dass sie tapfer sein

sollten, dass „das“ eben weh tut und die Behandlungen sein müssen. Laut Aussage der Mutter, spielt das Kind derartige „Doktorspiele“ sehr oft.

Im pädagogischen Handlungsfeld kann somit das Kind in seiner Handlungskompetenz und in seinem Selbstvertrauen gestärkt werden. Dabei ist vor allem auch die Haltung und der Umgang der PädagogInnen mit dem Kind wichtig. Pekrun und Fend (1991) führen in ihrem Sammelwerk Längsschnittstudien an, die sich mit dem Einfluss pädagogischen Handelns in Schulen und Lernumwelten auf die Persönlichkeitsentwicklung beschäftigen. Die Befunde zeigen, dass die Verhaltensweisen der PädagogInnen und auch die Art des Unterrichtens sehr wohl die Entwicklung des Selbstkonzeptes der SchülerInnen beeinflussen können. (Jerusalem, Schwarzer 1991, 126; Pekrun, Helmke 1991, 46)

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Beobachtungen im Heilstättenunterricht des AKH Wiens durchgeführt und die Handlungsweisen der PädagogInnen genauer betrachtet. Dabei wurden diese als sehr einfühlsam im Umgang mit den krebskranken Kindern erlebt. Sie brachten den Kindern sowohl Wertschätzung als auch Hochachtung für ihren Umgang mit dieser Krankheit entgegen und bestärkten sie darin, Neues auszuprobieren. Den Kindern wurden nicht nur Schulaufgaben zur Verfügung gestellt, um einem möglichen Rückstand in der Stammschule entgegen zu wirken, sondern auch diverse Angebote gemacht, um dem Kind in seiner besonderen Situation zu helfen. So wurde mit dem Kind nicht nur über seine Gefühle gesprochen, sondern ihm auch Werkstücke angeboten oder mit ihm gesungen, sodass es zumindest eine kurze Zeit den Krankenhausalltag „vergessen“ konnte. Der Bildungsauftrag bei kranken Kindern beschränkt sich nach Leyendecker und Lammers (2001, 62) eben nicht nur auf die Vermittlung von Bildungsinhalten, sondern beinhaltet auch, angesichts der besonderen Lebenssituation dieser Kinder, Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der Beistand bei der Akzeptierung der Erkrankung.

7.2.3 Weitere Überlegungen

Neben dem pädagogischen Handeln in Institutionen werden auch immer mehr außerinstitutionelle Bereiche in den Fokus der Heilpädagogik gefasst (Cloerkes 2007, 265). Daher wird es auch wichtig danach zu fragen, wie krebskranke Kinder außerhalb des Krankenhauses integriert werden können. Hierbei sehe ich die Öffnung des Krankenhauses nach außen als wichtig an. Die „Abschottung“ krebskranker Kinder ist zwar vor allem in

der Akutphase eine hygienische Notwendigkeit, doch sollte der Krankenhausaufenthalt auch Alternativen beinhalten. Gerade in einer technologischen Zeit wie heute wird es möglich Kommunikationsprozesse auf anderen Ebenen zu ermöglichen. So könnten krebskranke Kindern im Krankenhaus Computer mit Internet zur Verfügung gestellt werden, über die sie mit ihren FreundInnen, SchulkameradInnen etc. in Kontakt treten könnten, ohne der Gefahr einer Infektion ausgesetzt zu werden. Gerade im Schulalter ist der Austausch mit Gleichaltrigen sehr wichtig, der vor allem bei krebskranken Kinder durch die Krankenhauseinweisung leidet. Auch die Kindern dieser Fallgruppe sprachen davon, wie störend es sei, dass sie nun wenig Zeit mit ihren FreundInnen verbringen können, weil sie ständig ins Krankenhaus müssen. Eine zusätzliche Öffnung des Krankenhauses durch Besuche der Schulklasse, gemeinsame Aktivitäten im Krankenhaus wie Spielrunden oder auch Freizeitcamps mit kranken und gesunden Kindern etc. sollten ebenfalls in Betracht gezogen werden. Diese Aktivitäten könnten auch dazu beitragen, dass negative Reaktionen im sozialen Umfeld abgebaut werden. In der vorliegenden Untersuchung berichteten die krebskranken Kinder immer wieder von sozialen Ausgrenzungserfahrungen, die durch ihre körperlichen Veränderungen wie Haarausfall, Narben etc. bedingt sind. Nach Cloerkes (2007, 146) sind Stigmatisierungen und Ausgrenzungen meist Reaktionen auf etwas „Unbekanntes/Andersartiges“, dem durch gemeinsame Erfahrungen und Kontakte entgegengewirkt werden könnte.

7.3 Fazit

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass Selbstkonzeptforschungen mit Kindern sehr gut durchführbar sind, wenn kindgerechte Methoden hierfür eingesetzt werden. Die entwickelten Arbeitsblätter und angeleiteten Interviews für die vorliegende Untersuchung konnten von den Kindern der Fallgruppe ohne große Schwierigkeiten bewältigt werden und machten ihnen sogar Spaß. Vor allem qualitative Erhebungen im Selbstkonzeptbereich sollten mehr in den Fokus gerückt werden, da nur so eine Rekonstruktion der subjektiven Sichtweisen der ProbandInnen ermöglicht werden kann. Die Adjektivlisten haben gezeigt, dass sich gerade Kinder zu schnellen unüberlegten Beantwortungen und zu Antworttendenzen, gemäß „sozialer Erwünschtheit“, hinreißen lassen, dem in qualitativen Interviews entgegengewirkt werden kann. Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wird vorgeschlagen, vor allem bei Selbstkonzeptuntersuchungen mit Kindern mit

verschiedenen Erhebungsmethoden zu arbeiten, die anregend sind und das Kind in seiner Selbstreflexion unterstützen. Gerade graphische Darstellungen haben sich als sehr nützlich erwiesen. In der vorliegenden Untersuchung konnte auch beobachtet werden, dass es Kindern leichter fällt sich über Symbole (z.B. durch Zeichnungen) auszudrücken. Durch die Arbeit konnten einerseits Aspekte aus der Literatur, bezogen auf krebskranke Kinder, bestätigt werden, andererseits neue Hinweise über diese Kinder und deren Selbstsicht aufgezeigt werden, woran weitere Untersuchungen anknüpfen könnten. Aktuelle Sichtweisen in der Forschung und pädagogische Bestrebungen im Handlungsbereich der Bildungswissenschaft fordern immer mehr die Hinwendung und Erforschung solcher Selbstsicht-Perspektiven, die zu einer Weiterentwicklung innerhalb der bildungswissenschaftlichen Theorie, aber auch in Praxisbezügen, beitragen können (Schuppener 2005, 12). Daher wurde auch der Versuch unternommen „Typen“ hinsichtlich Krankheitsverarbeitung (siehe Kapitel 6.3) innerhalb der Fallgruppe dieser Untersuchung herauszufiltern. Dieses Transparentmachen kann einen Einblick in die Welt der krebskranken Kinder geben und neue Umgangsformen mit diesen Kindern eröffnen.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie wird angenommen, dass heilpädagogisches Handeln bewusst zur Stärkung des Selbst krebskranker Kinder eingesetzt werden kann, wenn die Bedingungen hierfür erkannt werden. Auch wenn nicht ersichtlich wurde, dass diese Kinder wesentliche Defizite im Vergleich zu gesunden Kinder aufweisen, bietet das pädagogische Handlungsfeld doch Möglichkeiten, dem Kind auf eine kindgerechte Art und Weise zu begegnen und sein Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz zu bestärken. Die vorliegende Studie kann als Anstoß für weitere Untersuchungen (qualitative und quantitative) gesehen werden, die sich mit dem Selbstkonzept krebskranker Kinder beschäftigen.

8 Zusammenfassung

In dieser Diplomarbeit sollte geklärt werden, welchen Einfluss die Krebserkrankung auf das Selbstkonzept des krebskranken Kindes nimmt und inwiefern heilpädagogisches Handeln zur Stärkung des Selbst beitragen könnte.

Zu Beginn der Arbeit wurde daher ein theoretischer Einblick in die Thematik und das Konstrukt „Selbstkonzept“ gegeben, indem der Begriff „Selbstkonzept“ aus bildungswissenschaftlicher Perspektive geklärt und mögliche Definitionen davon abgeleitet wurden, die für die vorliegende Untersuchung relevant waren. Dabei wurde das Selbstkonzept als System von „Einstellungen über die eigene Person“ verstanden und sich verstärkt auf die kognitive Repräsentation des Selbst krebskranker Kinder konzentriert, indem herausgefunden werden sollte, wie sich diese Kinder selbst wahrnehmen, welche Merkmale sie sich zuschreiben und wie sie sich selbst darstellen.

Danach wurde sowohl der Aufbau, als auch die Struktur des Selbstkonzeptes eines Menschen dargestellt und dabei sowohl auf traditionelle als auch aktuelle Modelle und Theorien in der Selbstkonzeptforschung eingegangen. Dabei wurde besonders auf prägende Autoren wie William James (1890), Charles Horton Cooley (1902) und George Herbert Mead (1934), aber auch auf aktuelle ForscherInnen wie Mummendey (2006) oder Filipp (2000) Bezug genommen und deren Perspektiven aufeinander bezogen. Diese Arbeit stützte sich auf die Annahme von Shavelson, Hubner und Stanton und auf Epstein, die davon ausgehen, dass sich das Selbstkonzept mehrdimensional ausbildet (sowohl bereichsspezifische Selbstkonzepte als auch ein globales Selbstkonzept herrschen vor) und hierarchisch organisiert wird. Diese Ansicht ermöglicht einzelne Selbstkonzeptbereiche (Teilbereiche) zu erfassen und diente somit dem Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit. In der vorliegenden Untersuchung sollten bestimmte Teilbereiche des Selbstkonzeptes krebskranker Kinder genauer untersucht und von der Erhebung globaler Werte abgesehen werden, da dies eine differenzierte Fragestellung ermöglicht, was auch in den aktuelleren Selbstkonzeptforschungen angestrebt wird. Gerade bei Kindern im Grundschulalter bietet es sich an, bereichsspezifische Selbstkonzeptbereiche (z.B. Fähigkeitskonzept) anstatt dem globalen Selbstkonzept zu untersuchen, da diese mehr Stabilität in dieser Zeit aufweisen.

Die Fallgruppe der vorliegenden Untersuchung umfasste sechs krebskranke Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren, die an einem Gehirntumor litten und im AKH Wien sowohl

medizinisch als auch pädagogisch (im Heilstättenunterricht) betreut wurden. Daher war es auch nötig, die Entwicklung des Selbstkonzeptes von der Kindheit bis zur Adoleszenz im Theorieteil dieser Arbeit darzustellen, um Vergleiche mit gesunden Kindern selben Alters herstellen zu können. Dabei waren vor allem AutorInnen wie Harter (1983), Asendorpf und van Aken (1993) und Prücher (2002) bedeutend, die sich bereits mit Selbstkonzeptforschungen mit Kindern im Grundschulalter beschäftigten.

In der Literatur wurde angenommen, dass sich das Selbstkonzept eines Kindes in eine positive Richtung entwickelt, wenn die kindliche Entwicklung einigermaßen ungestört verläuft und das Kind eine unauffällige Sozialisation erfährt. Erkrankt das Kind jedoch an einer lebensbedrohlichen Krankheit wie sie „Krebs“ darstellt, besteht die Gefahr einer ungünstigen Einflussnahme auf das Selbstkonzept des Kindes. Vor allem Filipp (1995) setzt sich mit dem Zusammenhang solcher „kritischer Lebensereignisse“ eines Menschen auf dessen Selbstkonzept auseinander, das ebenfalls ausführlich behandelt und daraus Rückschlüsse für die Fragestellung gezogen wurden.

Anknüpfend daran wurde die Relevanz der vorliegenden Untersuchung bzw. der Selbstkonzeptforschung für die Bildungswissenschaft diskutiert und auf den aktuellen Forschungsstand von Selbstkonzeptstudien im heilpädagogischen Bereich eingegangen, da sich diese Arbeit hier verortete. Nach einer ausführlichen Darstellung der vorliegenden Untersuchung samt entwickelter Erhebungs- und Auswertungsmethoden wurden die Ergebnisse dieser präsentiert und die Forschungsfrage beantwortet. Dabei wurden diese an die bildungswissenschaftliche Theorie angebunden und mit bisherigen Studien verglichen, damit Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Selbstkonzept gesunder Kinder und dem krebskranker Kinder festgestellt werden konnten. Zuletzt wurde noch der Versuch unternommen, „Typen“ krebskranker Kinder hinsichtlich „Krankheitsverarbeitung“ zu bilden.

Interessant war, dass sich keine gravierenden Defizite im Selbstkonzept krebskranker Kinder feststellen ließen, jedoch durchaus negative Tendenzen in bestimmten Teilbereichen (z.B. beim Körpergefühl und auch im sozialen Selbst) erkennbar waren. Die Veränderung in eine positive Richtung wie z.B. durch gezieltes heilpädagogisches Handeln, vor allem wenn die Gefahr besteht, dass sich dieses ungünstig entwickelt, wird durchaus angenommen. Daher wird es als sinnvoll erachtet, in diesem Gebiet weiterzuforschen, um allgemeingültige Aussagen über das Selbstkonzept krebskranker Kinder aufstellen und den Einfluss pädagogischen Handelns auf das Selbstkonzept ausmachen zu können.

Abstract

The aim of this diploma thesis has been to explain the impact of cancer on the self-concept of children suffering from cancer and in how far orthopaedagogical treatment could help to strengthen the self-image of affected children.

Therefore, first of all a theoretical insight into the topic and the construct of a “self-concept” have been provided by explaining the term “self-concept” from the perspective of educational sciences and by deriving possible definitions from this concept which are relevant for this investigation. In this dissertation the term “self-concept” has been seen as a system of “attitudes towards oneself”, the main focus has been on the cognitive representation of the “self” of children suffering from cancer. The aim has been to find out how affected children perceive themselves, which characteristics they ascribe to themselves and how they impersonate themselves.

Secondly, the construction as well as the structure of the self-concept of a human being has been shown with influences of traditional as well as current models and theories of research on “self-concept”. The diploma thesis especially has been referring to the authors William James (1890), Charles Horton Cooley (1902) and George Herbert Mead (1934), as well as current researchers like Mummendey (2006) or Filipp (2000), and has been relating their perspectives to each other. This diploma thesis has been based on the assumption of Shavelson, Hubner and Stanton and Epstein who assume that the self-concept of a human being develops in a multidimensional way (area-specific self-concepts as well as a global self-concept are predominant) and are organised in a hierarchical way. This view makes it possible to grasp single sections of a self-concept and therefore serves as the focus of research of this dissertation.

In the present investigation specific areas of the self-concept of children suffering from cancer have been investigated in a detailed way. It has been refrained from making global inquiries because this enables a more differentiated formulation of the question which is also strived for in current research of a “self-concept”.

Especially children aged from six to ten (“Grundschulalter”) provide a group for research on area-specific parts of the self-concept rather than the global self-concept since they show more stability in that time. The group of research of this investigation included six children suffering from cancer (a tumour in the brain), who were nine to twelve years old and were

treated in the AKH in Vienna in a medical as well as a pedagogical way (in the so-called “Heilstättenunterricht”).

Therefore, it has been necessary to show the development of the self-concept from childhood until adolescence theoretically in order to be able to compare it with healthy children of the same age. Especially authors like Harter (1983), Asendorpf and van Aken (1993) and Prücher (2002) have been very important since they already dealt with research on the self-concept of children at the age of six to ten (“Grundschulalter”).

In literary sources it is assumed that the self-concept of a child develops in a positive way if the infantile development does not get disturbed and the child experiences a normal socialisation. However, if the child falls ill and suffers from a life-threatening illness as for instance cancer, there is danger of a disadvantageous effect on the self-concept of the child.

Especially Filipp (1995) has dealt with the connection of such „critical happenings in life” of a human being and the effect on his/her self-concept. This dissertation is dealing with that in detail and draws conclusions for the questioning.

In addition, the relevance of this investigation and the research on the self-concept for educational sciences as well as the current state of research of investigations concerning self-concept in orthopaedagogy have been discussed. After the elaboration of the present investigation including developed methods on survey as well as evaluation, the results have been presented and the research question has been answered. The results have been tied with the theory of educational sciences and compared with previous investigations in order to detect differences as well as similarities in the self-concept of healthy children and children suffering from cancer. At last I’ve tried to build types of coping strategies of children suffering from cancer.

An interesting feature has been that there seem to be no serious deficits in the self-concept of children suffering from cancer, however, negative tendencies in specific sections (for example concerning the feeling about one’s own body or the “social self”) have been recognised. An important feature of this investigation is that orthopaedagogic treatment is able to strengthen the self of children suffering from cancer. Therefore it is taken for absolutely essential to do more research on this field to be able to establish universally valid statements about the self-concept of children suffering from cancer and to detect the actual influence of orthopaedagogic treatment on it.

Literaturverzeichnis

- ASENDORPF Jens B. und VAN AKEN Marcel A.G. (1993a): Deutsche Versionen der Selbstkonzeptskalen von Harter. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie, Band 25, S.64 – 86
- ASENDORPF Jens B. und VAN AKEN Marcel A.G.: (1993b): Deutsche Versionen der Selbstkonzeptskalen von Harter.-
<http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=frei&uuwahl=testarchiveintro#s> , 1-4 (Download: 31. 10. 2008)
- ASENDORPF Jens B. und VAN AKEN Marcel A.G.: ([2008]): Deutsche Versionen der Selbstkonzeptskalen von Harter.-
<http://www.psychologie.hu-berlin.de/prof/per/downloads/harterskalen.html> [1-52]
(Download: 03.03.2008)
- ASENDORPF Jens B. (1996): Psychologie der Persönlichkeit. Grundlagen.- Berlin u.a: Springer Verlag
- BALDERING Dagmar (1993): Selbstkonzepte von Kindern im Grundschulalter. Ein Vergleich zwischen psychisch auffälligen Kindern und Kindern der Normalpopulation.- Frankfurt am Main (u.a.): Europäische Hochschulschriften, Peter Lang Verlag
- BEM Daryl J. (1984): Theorie der Selbstwahrnehmung. In: FILIPP Sigrun-Heide (Hrsg): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven.- Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Auflage, S. 97-127
- BELZ-MERK Martina: Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit. Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten.- Frankfurt am Main, u.a.: Lang Verlag, Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 524
- BLANZ B. (1996): Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: LEHMKUHL Gerd (Hrsg): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien.- München: Quintessenz, S.34 - 49
- BLASI Augusto (1993): Die Entwicklung der Identität und ihre Folgen für moralisches Handeln. In: EDELSTEIN Wolfgang, NUNNER-WINKLER Gertrud, NOAM Gil: Moral und Person.- Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1. Auflage
- BUNDSCHUH Konrad (2007): Wörterbuch der Heilpädagogik.- Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag, 3. Auflage
- BUSCH Lothar (1997): Unbewusste Selbstbilder. Grundlagen und Methodik der psychodiagnostischen Bildanalyse.- Opladen: Westdeutscher Verlag

- BÜRGIN Dieter (1981): Pädiatrische Psycho-Onkologie. In: MEERWEIN F. (Hrsg). Einführung in die Psycho-Onkologie.-Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber, S. 165-183
- CLOERKES Günther (2007): Soziologie der Behinderten.- Heidelberg: Verlag Winter, 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage
- CROTTI Evi, MAGNI Alberto (1999): Die geheime Sprache der Kinder. Kinderzeichnungen richtig deuten.- München: Beust Verlag
- DIPPELHOFFER-STIEM Barbara (2000): Bildungskonzeptionen junger Erzieherinnen. Längsschnittliche Analysen zu Stabilität und Wandel.- Zeitschrift Empirische Pädagogik, 14. Jahrgang, 4. Quartal, S. 327-342
- EGGERT Dietrich, REICHENBACH Christiane, BODE Sandra (2003): Das Selbstkonzept Inventar (SKI) für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter. Theorie und Möglichkeiten der Diagnostik.- Basel: borgmann publishing
- EPSTEIN Seymour (1984): Entwurf einer Integrativen Persönlichkeit. In: FILIPP Sigrun-Heide (Hrsg): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven.- Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Auflage, S. 15 - 45
- ERTLE Christoph (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen.- Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt
- ERTLE Christoph (1997): Schule bei kranken und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklasse.- Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt
- ERTLE Christoph (2003): Überlegungen zu einer Pädagogik bei kranken Kindern und Jugendlichen heute. In: FÄRBER Hans-Peter, LIPPS Wolfgang, SEYFARTH Thomas (Hrsg): Besonderheiten seelischer Entwicklung. Störung - Krankheit – Chance.- Tübingen: Attempto Verlag, S.325-344
- FEND Helmut (1994): Die Entdeckung des Selbst und die Verarbeitung der Pubertät. Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne. III Band.- Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber, 1. Auflage
- FEND Helmut (2000): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe.- Opladen: Leske und Budrich
- FILIPP Sigrun-Heide (1978): Aufbau und Wandel von Selbstschemata über die Lebensspanne. In: OERTER Rolf (Hrsg): Entwicklung als lebenslanger Prozess.- Hamburg: Hoffmann und Campe, 1. Auflage, S.111-130
- FILIPP Sigrun-Heide (1980): Entwicklung von Selbstkonzepten.- In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, Band XII (Heft 2), S.105-125
- FILIPP Sigrun-Heide (1984): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven.- Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Auflage

- FILIPP Sigrun-Heide (1995): Kritische Lebensereignisse.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Auflage
- FILIPP Sigrun-Heide (1995): Sind kranke Kinder glücklicher als kranke Erwachsene? Antworten zwischen Empirie und Spekulation. In: WAHN Ulrich (Hrsg): Chronisch kranke Kinder. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität.- Stuttgart: Norbert Rupp, S. 3-22
- FILIPP Sigrun-Heide (2000): Selbstkonzept-Forschung in der Retrospektive und Prospektive. In: GREVE Werner (Hrsg): Psychologie des Selbst.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 7-14
- FISCHER Manfred (1984): Phänomenologische Analyse der Person-Umwelt-Beziehung. In: FILIPP Sigrun-Heide (Hrsg): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven.- Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Auflage, S. 47-73
- FLICK Uwe (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.- Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage
- FLITNER Andreas (2002): Spielen – Lernen. Praxis und Deutung des Kinderspiels.- Weinheim u.a.: Beltz Verlag, erweiterte Neuauflage der 11. Auflage
- FRITZ Alexandra (1997): Kooperation der Schule für Kranke mit der Stammschule bei onkologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. In: ERTLE Christoph (Hrsg): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen.- Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 133-146
- FROMMER Jörg und MAROTZKI Winfried (2006): Gesundheit und Krankheit als Bildungsprozesse- Einleitung in den Themenschwerpunkt.- Zeitschrift für qualitative Bildungs- , Beratungs- und Sozialforschung, 7. Jhg, Heft 2, S.187-190
- FUCHS-HEINRITZ Werner, LAUTMANN Rüdiger, RAMMSTEDT Otthein, WIENOLD Hanns (1994): Lexikon zur Soziologie.- Opladen: Westdeutscher Verlag, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage
- FUHRER Urs, MARX Alexandra, HOLLÄNDER Antje, MÖBES Janine (2000): Selbstbildentwicklung in Kindheit und Jugend. In: GREVE Werner (Hrsg): Psychologie des Selbst.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 39-57
- GREVE Werner (2000): Das erwachsene Selbst. In: GREVE Werner (Hrsg): Psychologie des Selbst.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 96-114
- GREVE Werner (2000): Psychologie des Selbst.- Weinheim: Psychologie Verlags Union
- GERGEN Kenneth J. (1984): Selbsterkenntnis und die wissenschaftliche Erkenntnis des sozialen Handelns. In: FILIPP Sigrun-Heide (Hrsg): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven.- Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Auflage, S. 75-95

- GOLDBECK L., DORSCHNER G. (1996): Körperbild und subjektive Krankheitstheorien bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. In: LEHMKUHL Gerd (Hrsg): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien.- München: Quintessenz, S. 77-85
- HAEBERLIN Urs (2005): Grundlagen der Heilpädagogik. Einführung in eine wertgeleitete erziehungswissenschaftliche Disziplin.- Bern, Wien u.a.: Haupt, 1. Auflage
- HARTER (1983): Developmental Perspectives on the self-system. In: MUSSEN Paul (Hrsg): Handbook of child psychology.- New York et al.: John Wiley and Sons, Volum 4, p. 276-367
- HANNOVER Bettina (2000): Das kontextabhängige Selbst oder warum sich unser Selbst mit dem sozialen Kontext verändert. In: GREVE Werner (Hrsg.): Psychologie des Selbst.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 239-254
- HEINZEL Friederike (2000): Methoden der Kindheitsforschung.- Weinheim und München: Juventa Verlag
- HERTL Michael und Renate (1979): Kranke und behinderte Kinder in Schule und Kindergarten.- Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- HILLIG Alex (1996): Schüler-Duden Die Psychologie.- Mannheim u.a.: Dudenverlag, 2. neu bearbeitete Auflage
- HOBERG Gerrit (1994): Persönlichkeitsprofile: beobachten – einschätzen – verändern.- Stuttgart, Dresden: Klett Verlag für Wissen und Bildung, 1. Auflage
- HOF Christiane (2000) Subjektive Wissenstheorien als Grundlage des Unterrichtens. Ergebnisse einer Explorationsstudie.- Opladen: Verlag Leske und Budrich, Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 3. Jahrgang, Heft 4, S. 595 - 607
- HOFMANN Christiane (2001): Selbstkonzept und geistige Behinderung. Zum Stand der Forschung.- Zeitschrift für Heilpädagogik, 8/2001, S. 317-326
- HUBER-LANG Elke (1992): Der Patient als Schüler. Der Schüler als Patient.- Wien: "AHA" - Verein der Krankenhauslehrerinnen und Krankenhauslehrer Österreichs, 2. Kongress der Europäischen Krankenhauslehrer
- JERUSALEM Matthias, SCHWARZER Ralf (1991): Entwicklung des Selbstkonzeptes in verschiedenen Lebensumwelten. In: PEKRUN Reinhard, FEND Helmut (Hrsg): Schule und Persönlichkeitsentwicklung. Ein Resümee der Längsschnittforschung.- Stuttgart: Enke Verlag, S.115-128
- KELLE Udo und KLUGE Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung.- Opladen: Leske und Budrich
- KÖNIG Eckard und ZEDLER Peter (2007): Theorien der Erziehungswissenschaft.- Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 3. Auflage

- KRENZ Armin (1996): Was Kinderzeichnungen erzählen. Kinder in ihrer Bildsprache verstehen.- Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag
- LAHMER Karl (2000): Kernbereiche der Psychologie.- Wien: E. Dörner Verlag
- LANGE Johanna Maria (1992): Die Schule für Kranke - Eine Notwendigkeit zur Verbesserung der Lebenssituation kranker Kinder und Jugendlicher. Grundsätzliche Überlegungen zur Krankenpädagogik. In: HUBER-LANG Elke (Hrsg): Der Patient als Schüler. Der Schüler als Patient.- Wien: "AHA" - Verein der Krankenhauslehrerinnen und Krankenhauslehrer Österreichs, 2. Kongress der Europäischen Krankenhauslehrer
- LANGENBACH Michael, KOERFER Armin (2006): Körper, Leib und Leben. Wissenschaftliche und praktische Tradition im ärztlichen Blick auf den Patienten.- Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, 7. Jhg, Heft 2, S. 191- 216
- LASKOWSKI Annemarie (2000): Was den Menschen antreibt. Entstehung und Beeinflussung des Selbstkonzepts.- Frankfurt, New York: Campus Verlag
- LEHMKUHL Gerd (1996): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien.- München: Quintessenz
- LEYENDECKER Christoph (1985): Körpererfahrung und Behinderung. Ein Diskurs zur Frage der Identitätsfindung Körperbehinderter.- Sonderpädagogik, 15. Jg. , Heft 1, S.1-15
- LEYENDECKER Christoph, LAMMERS Alexandra (2001): „Lass mich einen Schritt allein tun“. Lebensbeistand und Sterbegleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder.- Stuttgart, Bern, Köln: Verlag W. Kohlhammer
- LOHAUS Arnold, LARISCH Heide (1993): Altersbezogene Veränderungen der Personenwahrnehmung im Kindes- und Jugendalter.- In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie, Band 25, S.253-266
- LOHAUS Arnold, BALL Juliane (2006): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern.- Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag, 2.überarbeitete und erweiterte Auflage
- MAROTZKI (1999): Bildungstheorie und Allgemeine Biographieforschung. In: Krüger Heinz-Hermann und Marotzki Winfried: Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung.- Opladen: Leske und Budrich
- MARSAL Eva (1995): Das Selbstkonzept. Subjektive Theorien Jugendlicher zur Genese, Binnenstruktur und Handlungskonsequenzen. Von der Idiographie zur Nomothetik. - Opladen: Leske und Budrich
- MAYRING Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.- Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 8. Auflage
- MERTEN Klaus (1995): Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis.- Opladen: Westdeutscher Verlag, 2. Auflage

- MEERWEIN F. (1981): Einführung in die Psycho-Onkologie.- Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber
- MOSER Heinz (2003): Instrumentenkoffer für die Praxisforschung.- Zürich: Lambertus-Verlag, Verlag Pestalozzianum an der Pädagogischen Hochschule
- MÖLLER Jens u.a. (2002): Leistung und Selbstkonzept bei lernbehinderten Schülern.- Zeitschrift Heilpädagogische Forschung, Band XXVIII, Heft 3
- MUMMENDEY Hans Dieter (1995): Selbstkonzept-Änderungen nach kritischen Lebensereignissen. In: FILIPP Sigrun-Heide (Hrsg): Kritische Lebensereignisse.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Auflage, S.252-269
- MUMMENDEY Hans Dieter (2000): Psychologie der Selbstschädigung.- Göttingen, Bern, Toronto und Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie
- MUMMENDEY Hans Dieter (2006): Psychologie des „Selbst“. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung.- Göttingen, Bern, Wien u.a.: Hogrefe Verlag
- MUMMENDEY Hans Dieter, GRAU Ina (2008): Die Fragebogen-Methode.- Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag, 5. überarbeitete und erweiterte Auflage
- MUSSEN Paul (1983): Handbook of child psychology.- New York et al.: John Wiley and Sons, Volum 4
- NOBILE Luisa (1992): Krebs bei Kindern.- Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber
- OERTER Rolf (1978): Entwicklung als lebenslanger Prozess.- Hamburg: Hoffmann und Campe, 1. Auflage
- PAINE Patricia, ALVES Elaine, TUBINO Paulo (1985): Size of human figure drawing and Goodenough-Harris Scores of pediatric oncology patients. A pilot study.- Perceptual and motor skills, 60, p. 911-914
- PEKRUN Reinhard, HELMKE Andreas (1991): Schule und Persönlichkeitsentwicklung. Theoretische Perspektiven und Forschungsstand. In: PEKRUN Reinhard, FEND Helmut (Hrsg): Schule und Persönlichkeitsentwicklung. Ein Resümee der Längsschnittforschung.- Stuttgart: Enke Verlag, S.33-56
- PETERMANN Franz, NOEKER Meinolf, BODE Udo (1987): Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter.- München u.a.: Psychologie Verlags Union
- PETERMANN Franz, KROLL Thilo, SCHWARZ Brigitte (1994): Familienorientierte Rehabilitation krebserkrankter Kinder. Ergebnisse einer Evaluationsstudie.- Frankfurt am Main u.a.: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften
- PETERMANN Franz (1995): Identifikation und Effektanalyse von kritischen Lebensereignissen. In: FILIPP Sigrun-Heide (Hrsg): Kritische Lebensereignisse.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Auflage, S.53-71

- PIAGET Jean (1969): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde.- Stuttgart: Ernst Klett Verlag, 1. Auflage
- PIAGET Jean und INHELDER Bärbel (1977): Von der Logik des Kindes zur Logik des Heranwachsenden. Essay über die Ausformung der formalen operativen Strukturen.- Olten und Freiburg: Walter-Verlag
- PINQUART Martin und SILBEREISEN Rainer K. (2000): Das Selbst im Jugendalter. In: GREVE Werner (Hrsg): Psychologie des Selbst.- Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 75-95
- PIOR Rainer (1998): Selbstkonzepte von Vorschulkindern: empirische Untersuchungen zum Selbstkonzept soziale Integration.- Münster: Waxmann Verlag
- PRÜCHER Frank(2002): Selbstkonzepte von Grundschulkindern.- Osnabrück: Der Andere Verlag
- PSYCHREMBEL Willibald (1998): Psychrembel Klinisches Wörterbuch.- Berlin, New York: Walter de Gruyter, 258. neu bearbeitete Auflage
- REINHOLD Eva (1981): Schule im Krankenhaus. Konzeption und Legitimation einer besonderen pädagogischen Betreuung erkrankter Schulkinder in stationärer Behandlung.- Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
- REINECKE Margareta (2000): Körperbilder von Kindern und Jugendlichen. Körperbezogene Diagnostik in der klinischen Psychologie.- Bern u.a.: Verlag Peter Lang
- SCHACHINGER Helga Elisabeth (2005): Das Selbst, die Selbsterkenntnis und das Gefühl für den eigenen Wert.- Bern u.a.: Verlag Hans Huber, 2. überarbeitete und ergänzte Auflage
- SCHAUB Horst und ZENKE Karl G. (2002): Wörterbuch Pädagogik.- München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 5. Auflage
- SCHIFFERMÜLLER Volker (1997): Krebskranke Kinder und Schule- ein persönlicher Zugang. In: ERTLE Christoph (Hrsg): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen.- Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 111-131
- SCHMITT G.M (1996): Selbsterleben und Krankheitsverarbeitung bei chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: LEHMKUHL Gerd (Hrsg): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien.- München: Quintessenz, S. 65 - 77
- SCHNEIDER Helga (2003): Erzieherinnen und Kreativität. Subjektive Theorien zu einem Kernkonzept der elementarpädagogischen Bildungsarbeit.- Hamburg: Verlag Dr. Kovac
- SCHULTE-HERMANN Rolf (1993): Krebsforschung. Aufgaben und Perspektiven. In: Gegen den Krebs. 40 Jahre Institut für Tumorbilogie.- Wien: Institut für Krebsforschung der Universität Wien 1953-1993

- SCHWARZ R., KREDEL; J., PEITNER-HORN M., HÄBERLE H. (1996): Jugendliche nach einer Krebserkrankung im Kindesalter. In: LEHMKUHL Gerd (Hrsg): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien.- München: Quintessenz
- SEIFFGE-KRENKE Inge (1995): Selbstkonzept und Körperkonzept bei chronisch kranken Jugendlichen. In: WAHN Ulrich (Hrsg): Chronisch kranke Kinder. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität.- Stuttgart: Rupp Verlag, S. 23-52
- SHAVELSON, HUBNER and STANTON (1976): Self-Concept. Validation of Construct Interpretations. In: Review of Educational Research, Band 46 (Heft 3), S.407-441
- STÄDTLER-MACH Barbara (1998): Seelsorge mit Kindern. Erfahrungen im Krankenhaus.- Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- STERN Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings.- Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- STIMMER Franz (1998): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit.- München, Wien: Verlag Oldenbourg, 3.Auflage
- STRAUSS Anselm L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung.- München: Wilhelm Fink Verlag
- VERRES Rolf (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Ursachen, Verhütung, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen.- Berlin u.a.: Springer Verlag
- WAHN Ulrich (1995): Chronisch kranke Kinder. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität.- Stuttgart: Rupp Verlag
- WITZEL Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen.- Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag
- ZAFIROPOULOU Maria, SOTIRIOU Apostolos, MITSIOULI Vasiliki (2007): Relation of self-concept in Kindergarten and First Grade to school adjustment.- perceptual and motor skills, 104, p. 1313-1327
- o.A. ([2009]): Entität. <http://de.wikipedia.org/wiki/Entit%C3%A4t> [1]; (Download: 11.03.09)
- o. A. ([2009]): distinkt. <http://de.wikipedia.org/wiki/Distinkt> [1]; (Download:11.03.09)
- o. A. ([2009]): Ommaya-Reservoir.
http://www.kinderkrebsinfo.de/sites/migration_phase_2/kinderkrebsinfo/content/e8939/index_ger.html?selected=O [1]; (Download: 16. 03. 09)

ANHANG

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Hofstetter Julia

Geburtsdatum: 29. März 1984

Wohnort: NÖ, 3613 Albrechtsberg 8

Staatsbürgerschaft: Österreich

Religionsbekenntnis: römisch- katholisch

Kontaktadresse: JulyHof@utanet.at

Bildungsgang:

1987 bis 1990: Besuch des Kindergartens und einer musikalischen Früherziehung in Wien

1990 bis 1994: Besuch der Volksschule in Albrechtsberg, NÖ

1994 bis 1998: Absolvierung der Hauptschule Albrechtsberg/Els (mit ausgezeichnetem Erfolg), NÖ

1998 bis 2002: Absolvierung des Bundesoberstufenrealgymnasiums in Krems an der Donau, mit Matura unter Berücksichtigung des besonders musischen Zweiges (mit gutem Erfolg)

Okt. 2002 bis Juni 2009: Studium der Bildungswissenschaft an der Hauptuniversität Wien, mit den Schwerpunkten Heil- und integrative Pädagogik, Psychoanalytische Pädagogik und Sozialpädagogik
1. Abschnitt: abgeschlossen im Juli 2004
2. Abschnitt: abgeschlossen im Oktober 2007
Diplomarbeit: Abschluss Juni 2009

Sept. 2003 bis Juni 2005: Absolvierung der Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (Kolleg Albertgasse, 1080 Wien), mit ausgezeichnetem Erfolg zur diplomierten Kindergartenpädagogin abgeschlossen

Erfahrungen und Praktika:

wissenschaftliches Praktikum im Rahmen des Studiums (Auswertung narrativer Interviews, im IFF Klagenfurt)

Heilpädagogin und Teamleitung im Förderzentrum für mehrfachbehinderte Kinder in Grainbrunn, NÖ

Musiktherapiepraktikum in Waidhofen/Thaya
Musiktherapie – Selbsterfahrungsseminar an der Rax

Mehrere Praktiken in diversen Kindergärten in Wien und Kinderbetreuungsjobs neben dem Studium

UNTERSUCHUNGSPLAN FÜR DIE STUDIE ÜBER KREBSRKRANKE KINDER IM ALTER VON 9 – 12 JAHREN VON JULIA HOFSTETTER

Vorab: Vorstellungsrunde im Heilstättenunterricht, Kennenlernen der Kinder, Mitspielrunde

Vor jeder Einheit erstellt das Kind ein Stimmungsbarometer, um seine momentane Gefühlslage zu bestimmen!

| 1. Einheit | | | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------|---|---|----------------------|---|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Körper-konzept | „Menschliche Gestalt“ | AP und PI | Das Kind soll eine menschliche Figur zeichnen, die ihm gerade in den Sinn kommt. | Zeichne eine menschliche Figur, die dir gerade in den Sinn kommt! | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Anfertigen der Zeichnung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Danach beginnt der Forscher ein Gespräch mit dem Kind über das Bild (Gesprächsleitfaden). Gespräch aufnehmen. |
| Körper-konzept | „Ich bin“ | B | Dem Kind wird ein Arbeitsblatt mit Eigenschaften vorgelesen und es soll jene Eigenschaften, die auf seinen Körper zutreffen, anmalen. | „Und jetzt möchte ich wissen, wie du so bist!“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). Bei einzelnen Eigenschaften nachfragen z.B. Was genau findest du an dir schön/nicht so hübsch? |

| 2. Einheit | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|----------|---|---|----------------------|--|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind: | Material | Aufgabe des Forschers: |
| Körper-konzept | „Was ich an meinem Körper mag“ | B und PI | Dem Kind wird eine Vorlage eines Kindes gezeigt, auf der es einkreisen soll, was es an seinem Körper mag/nicht mag. | Welche Körperteile an dir magst du? Welche magst du nicht so? Kreise diese mit zwei unterschiedlichen Farben ein (z.B. rot = mag ich, blau = mag ich nicht)? Woran liegt das? | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes bei der Durchführung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Danach beginnt der Forscher ein Gespräch mit dem Kind über das Bild (Gesprächsleitfaden). Gespräch aufnehmen. |
| emotionales/soziales Selbst | „Wie sehe ich mich“ | B | Dem Kind werden Gegensatzpaare (Eigenschaften) vorgelesen und es soll sich immer für eine Eigenschaft entscheiden. | „Und jetzt möchte ich noch wissen, wie du dich so fühlst, wie du so bist! Bist du eher....oder eher...“ | Stifte, Arbeitsblatt | Besonderheiten festhalten. Kommentiert das Kind seine Eigenschaften? Nachfragen, warum es meint, so zu sein. Gespräch aufnehmen. |

AP = Arbeitsprodukt

B = Befragung

PI = problemzentriertes Interview

Bo = Beobachtungen

UNTERSUCHUNGSPLAN FÜR DIE STUDIE ÜBER KREBSRKRANKE KINDER IM ALTER VON 9 – 12 JAHREN VON JULIA HOFSTETTER

| 3. Einheit | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------|--|--|----------------------|--|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Körper-konzept | „Steckbrief – Das bin ich“ | AP und PI | Das Kind versucht sich selbst zu zeichnen. | Male dich so, wie du aussiehst! | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes bei der Durchführung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Danach beginnt der Forscher ein Gespräch mit dem Kind über das Bild (Gesprächsleitfaden). Gespräch aufnehmen. |
| emotionales/soziales Selbst | „Ich bin“ | B | Das Kind soll jene Eigenschaften, die zutreffend sind, anmalen | „Und jetzt möchte ich wissen, wie du innerlich so bist, wie du dich so fühlst“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). |

| 4. Einheit | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-----------|---|---|----------------------|---|
| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
| Fähigkeits-konzept | „Was ich alles kann – Stufenleiter“ | AP und PI | Das Kind soll auf einem Blatt aufschreiben/aufmalen/was es besonders gut und was es nicht so gut kann. Danach soll das Kind auf einer Stufenleiter die eben genannten Fähigkeiten einschätzen (super, gut, geht so, nicht gut). | „Was kannst du besonders gut? Und was kannst du nicht so gut?“ „Wie gut kannst du....?“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes bei der Durchführung und Besonderheiten festhalten (Auffälligkeiten, Dauer, ist das Kind konzentriert, spricht es währenddessen). Gespräch aufnehmen (Gesprächsleitfaden). |
| Körper-konzept | „Körper-innenleben“ | AP und PI | Das Kind soll in einem großen Körperbild sein Innenleben (Organe, Knochen) aufzeichnen. | „Vervollständige diesen Körper. Wie sieht es in deinem Körper drinnen aus? Was magst du in deinem Körper und was nicht so gern? Kreise diese mit zwei unterschiedlichen Farben ein (z.B. rot = mag ich, blau = mag ich nicht)?“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). Gespräch beginnen (Gesprächsleitfaden). |

AP = Arbeitsprodukt

B = Befragung

PI = problemzentriertes Interview

Bo = Beobachtungen

UNTERSUCHUNGSPLAN FÜR DIE STUDIE ÜBER KREBSRKANKE KINDER IM ALTER VON 9 – 12 JAHREN VON JULIA HOFSTETTER

| | | | | | | |
|-----------|--------------------------|---|--|---|----------------------|--|
| Fremdbild | „Wie sehen mich andere?“ | B | Dem Kind werden Gegensatzpaare (Eigenschaften) vorgelesen und es soll sich immer für eine Eigenschaft entscheiden. | „Wie denkst du sehen dich andere? Wie glaubt z.B. deinen Mama, das du bist? Bist du eher... oder eher....?“ | Stifte, Arbeitsblatt | Besonderheiten festhalten. Kommentiert das Kind seine Eigenschaften? Gespräch aufnehmen. |
|-----------|--------------------------|---|--|---|----------------------|--|

5. Einheit

| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
|-------------------|-----------------------|----------|--|--|----------------------|---|
| Fähigkeitskonzept | „Ich bin“ | B | Das Kind soll jene Eigenschaften, die zutreffen, anmalen. | „Heute möchte ich wissen, wie du z.B. so in der Schule bist! Male die Dinge an, die für dich stimmen!“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung des Kindes beim Ausführen der Aufgabe (Besonderheiten festhalten). Kommentiert das Kind seine Eigenschaften, dieses festhalten (aufnehmen). Bei einzelnen Eigenschaften nachfragen z.B. Warum denkst du, dass du schlau bist? |
| Fähigkeitskonzept | „Was du alles kannst“ | B und PI | Dem Kind werden Kategorien vorgegeben (super - gar nicht), in denen es vorgegebene Eigenschaften einschätzen soll! | „Welche von diesen Tätigkeiten kannst du? Was kannst du wie? Welche Tätigkeiten kannst du, die hier nicht abgebildet sind? Was machst du am liebsten von all diesen Dingen? Was machst du weniger gern?....“ | Stifte, Arbeitsblatt | Beobachtung: Welche Fähigkeiten benennt das Kind? Was fällt dem Kind leichter/schwerer, die guten oder die nicht so guten Fähigkeiten? Gespräch aufnehmen (Gesprächsleitfäden) |

6. Einheit

| Dimension | Titel | Methode | Beschreibung | Auftrag ans Kind | Material | Aufgabe des Forschers |
|---|-----------------|-------------------|---|--|--------------------|---|
| Fähigkeitskonzept, Körperkonzept, Peerakzeptanz | Harter - skalen | B | Dem Kind werden Fragen vorgelesen und Bildpaare gezeigt. Das Kind soll zuerst eines der gezeigten Bilder auswählen, das eher passt und dann zusätzlich entscheiden, ob das Bild ganz zutreffend oder nur einigermaßen zutreffend ist. | „Ich möchte mit dir ein Spiel spielen. Ich lese dir jetzt Sätze vor, die beschreiben, wie Kinder sein können. Mich interessiert aber besonders wie DU bist. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten, weil jedes Kind eben anders ist “ | Kärtchen und Boxen | Quantitative Auswertung der Harterskalen (Errechnung des Mittelwertes). |
| Abschlussrunde | Abschied | Abschlussgespräch | Es wird eine Abschlussrunde veranstaltet, wo das Kind gefragt wird, wie ihm diese Angebote gefallen haben und ob es noch Fragen hat. | | | |

AP = Arbeitsprodukt

B = Befragung

PI = problemzentriertes Interview

Bo = Beobachtungen

problemzentrierter Interviewleitfaden von Julia Hofstetter für die Befragung krebskranker Kinder:

1. Einheit: Menschliche Gestalt

Wie sieht deine menschliche Gestalt aus? Bitte beschreibe (dein Bild) sie!

- Ist deine Gestalt eine Fantasiefigur?
- Ist sie ein Kind oder ein Erwachsener?
- Ist deine menschliche Gestalt groß oder klein?
- Ist sie schwer oder leicht?
- Ist sie hübsch?

Hat sie irgendwelche Besonderheiten?

Ist die menschliche Gestalt mit seinem/ihrer Körper zufrieden oder nicht?

Was glaubst du mag die menschliche Gestalt besonders gern an ihrem Körper? Warum?

Was mag die menschliche Gestalt nicht so gern an ihrem Körper? Warum?

Was würde sie gern an sich ändern? Wie wäre die Gestalt gerne?

2. Einheit: Was ich an meinem Körper mag/nicht mag

Was gehört zu einem Körper?

Welche Körperteile kennst du?

Und wie siehst dein Körper aus? Beschreibe dich mal!

Was kannst du mir über deinen Körper erzählen?

Was magst du an deinem Körper gern? Warum magst du das gern?

Was magst du an deinem Körper nicht so gern? Warum magst du das nicht so gern?

- Was können deine Hände gut?
- Was können deine Füße gut?
- Was kann dein Kopf gut?

Bist du zufrieden mit deinem Körper?

Was würdest du gern an dir ändern?

3. Einheit: Steckbrief – Das bin ich

Erzähl mir bitte wie du so aussiehst! Beschreibe dich mal!

Was gehört alles zu deinem Körper dazu?

- Bist du groß oder klein?
- Würdest du sagen, dass du eher schwer oder leicht bist?

Was magst du an deinem Körper gern? Warum magst du das gern?

Was magst du an deinem Körper nicht so gern? Warum magst du das nicht so gern?

- Was können deine Hände gut?
- Was können deine Füße gut?
- Was kann dein Kopf gut?
- Bist du zufrieden mit deinem Körper?
- Was findest du an dir hübsch?
- Was findest du an dir nicht so hübsch?

Welche Besonderheiten hast du an dir? Was ist besonders an dir?

Was denkst du, wie wirkt sich deine Krankheit auf deinen Körper aus?

Wie sieht dein Alltag so aus mit dieser Krankheit?

Was würdest du dir wünschen in Bezug auf deinen Körper?

- Was würdest du gern an dir ändern? Wie wärst du gerne?

4. Einheit: Was ich alles kann

Erzähl mir bitte was du so alles kannst! Beschreibe dich mal?

- Welche Hobbys hast du?
- Was machst du davon am liebsten?
- Wie lange machst du das schon?
- Mit wem machst du das normalerweise?

problemzentrierter Interviewleitfaden von Julia Hofstetter für die Befragung krebskranker Kinder:

- Wirst du aufgrund deines Könnens bewundert? Von wem?
- Was fällt dir schwer, was machst du weniger gern?
- Was würdest du gern besser können?
- Wie fühlst du dich, wenn du etwas gut gemacht hast?
- Und wie fühlst du dich, wenn du etwas nicht so geschafft hast?
- Würdest du sagen, dass du meistens alles schaffst oder vieles nicht so schaffst wie du gerne hättest?
- Woran könnte das liegen, dass du etwas nicht so schaffst?
- Was denkst du, wie wirkt sich deine Krankheit auf deine Fähigkeiten (Hobbies) aus?
- Was würdest du dir da wünschen?
- Wie sieht dein Alltag so aus?

4. Einheit: Körperinnenleben

- Wie siehst es in deinem Körper drinnen aus? Erzähl mir bitte was du so alles weißt!
- Kannst du irgendwas davon benennen?
- Welche Aufgabe hat das.....?
- Was glaubst du brauchst du von diesen Dingen und was nicht?
- Was magst du in deinem Körper gern? Warum magst du das gern?
- Was magst du in deinem Körper nicht so gern? Warum magst du das nicht so gern?
- Welchen Einfluss hat die Krankheit auf dein Körperinnenleben? Wie wirkt sie sich aus?
- Hattest du schon mal eine Operation?
- Weißt du was die Ärzte da gemacht haben?
- Wie fühlst du dich, wenn die Ärzte etwas mit deinem Körper machen?
- Was würdest du gern daran ändern?
- Wie erklärst du anderen (Freunden), was du hast (Krankheit) ?
- Was würdest du dir wünschen in Bezug auf deinen Körper?

5. Einheit: Was du alles kannst

- Was kannst du alles? Beschreib dich mal?
- Welche Hobbys hast du?
- Was machst du davon am liebsten?
- Wie lange machst du das schon?
- Mit wem machst du das normalerweise?
- Wirst du aufgrund deines Könnens bewundert? Von wem?
- Was fällt dir schwer, was machst du weniger gern?
- Was würdest du gern besser können?
- Auf was freust du dich in der Schule? Warum?
- Was hast du nicht so gern in der Schule? Warum?
- Wie fühlst du dich, wenn du etwas gut gemacht hast?
- Und wie fühlst du dich, wenn du etwas nicht so geschafft hast?
- Würdest du sagen, dass du meistens alles schaffst oder vieles nicht so schaffst wie du gerne hättest?
- Woran könnte das liegen, dass du etwas nicht so schaffst?
- Was würdest du dir wünschen?

6. Einheit: Harterskalen und Abschlussrunde

Items der Harterskalen

- Wie haben dir diese Einheiten gefallen?
- Was hättest du gerne noch einmal gemacht? Warum?
- Möchtest du noch irgendetwas wissen oder über dich erzählen?
- Was wünschst du dir für die Zukunft?







problemzentrierter Interviewleitfaden von Julia Hofstetter für die Befragung krebskranker Kinder:


Da die Anonymität der untersuchten krebskranken Kinder gewahrt werden muss, konnten die Interviewtranskripte der Fallgruppe aus Datenschutztechnischen Gründen nicht der Diplomarbeit beigelegt werden. Deshalb wurden die Einzelfälle der vorliegenden Untersuchung ausführlicher dargestellt, um so die zentralen Tendenzen im Selbstkonzept der krebskranken Kinder dieser Studie aufzeigen zu können. Bei tieferem Interesse besteht die Möglichkeit, sich mit mir in Verbindung zu setzen (siehe Kontaktdaten im Lebenslauf)

Beispiel eines ausgefüllten Stimmungsbarometers der vorliegenden Untersuchung, das immer als Einstieg in die sechs Einheiten des Untersuchungsplanes genutzt wurde (der Name des Kindes wurde aus Gründen des Datenschutzes unkenntlich gemacht) :


Name des Kindes: Alter des Kindes:

STIMMUNGSBAROMETER


| Datum, => Zeit und Einheit | 26.06.2008 9:52h - 10:10h 1. EINHEIT | 27.06.2008 9:13h - 9:34h 2. EINHEIT | 01.07.2008 9:15h - 9:38h 3. EINHEIT | 02.07.2008 9:34h - 9:51h 4. EINHEIT a | 04.07.2008 9:45h - 10:10h 6. EINHEIT + 4. EINHEIT b | 08.07.2008 9:56h - 10:10h 5. EINHEIT |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| |  |  |  |  |  |  |
| | | | | | | |



Ich bin gut
gelaunt, fühl mich
gut und fröhlich

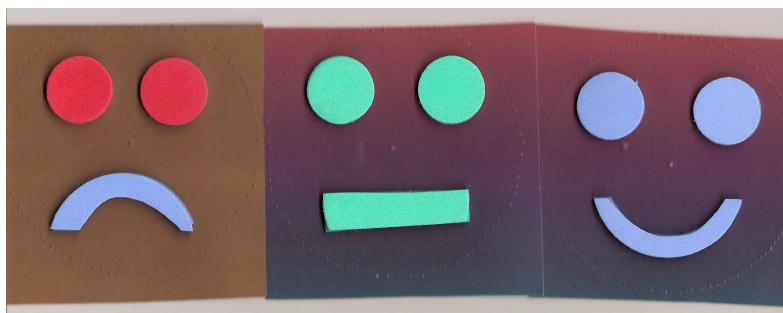


Ich weiß nicht so
recht, hab gemischte
Gefühle



Ich bin schlecht
drauf, fühl mich
nicht gut

Tastkärtchen als Hilfsmittel für die blinden Kinder der Untersuchung (ebenfalls für das Stimmungsbarometer):



Auf der linken Seite wird ein Beispiel eines Arbeitsblattes (für die Anfertigung einer Kinderzeichnung) dargestellt, auf der rechten Seite ein Beispiel einer leeren Adjektivliste, die zur Anwendung kam, und einer, von einem Kind der Fallgruppe beantworteten, Adjektivliste:


Name des Kindes: _____ Alter des Kindes: _____

STECKBRIEF

DAS BIN ICH – ERKENNST DU MICH ???

Name des Kindes: _____ Alter des Kindes: _____

ICH BIN...



| | | |
|--------------|----------------|---------------|
| oft wütend 😡 | fleißig 🧐 | still 🤐 |
| zufrieden 😊 | ängstlich 😨 | super 🤩 |
| traurig 😞 | redete viel 🗣️ | nie wütend 😡 |
| faul 🥱 | fröhlich 😄 | unglücklich 😞 |
| | lustig 😄 | unzufrieden 😞 |
| | glücklich 😊 | |

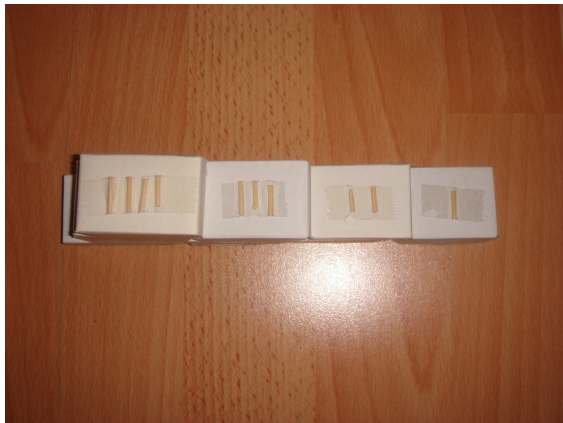
Name des Kindes: Alter des Kindes:

WIE SEHE ICH MICH ?

| | | |
|------------|-----------------|---|
| lustig | ernst |  |
| langsam | schnell | |
| schlau | nicht so schlau | |
| oft wütend | nie wütend | |
| zufrieden | unzufrieden | |
| fröhlich | traurig | |
| fleißig | faul | |
| mutig | ängstlich | |
| glücklich | unglücklich | |
| | | |

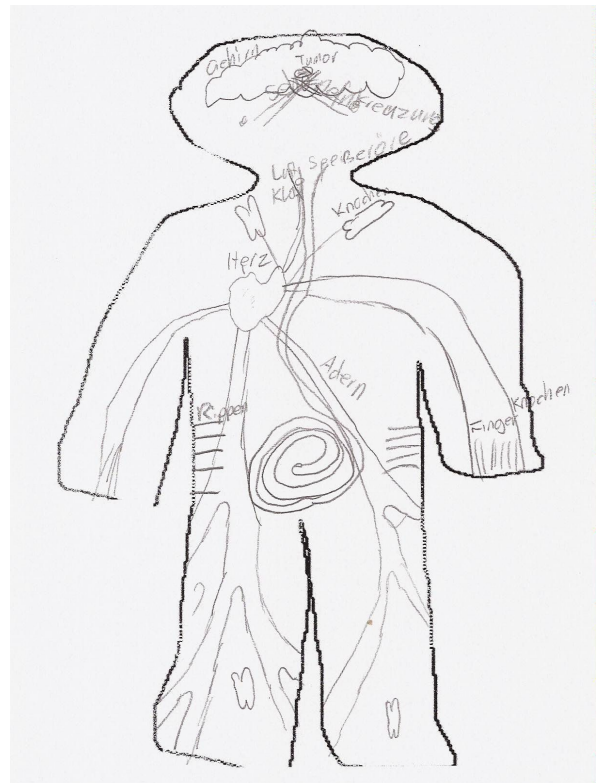
Die Kinder sollten oft zusätzlich ihre aufgezählten Fähigkeiten auf einer Stufenleiter einschätzen, wie gut sie denken, dieses z.B. im Vergleich zu KlassenkameradInnen zu können. Zur Veranschaulichung wird sowohl ein Arbeitsblatt dargestellt, wo die Kinder ihre Fähigkeiten auf der entsprechenden Stufe hinschrieben, als auch die Stufenleiter gezeigt, die für die blinden Kinder verwendet wurde.

Stufenleiter zum Tasten:



Die folgenden Kinderzeichnungen wurden anonymisiert und sollen einen Einblick in die Welt der Kinder dieser Fallgruppe ermöglichen:

Körperinnenleben:



Ein direkter Vergleich zweier Kinderzeichnungen eines Kindes, das zuerst, laut eigenen Angaben, eine „menschliche Gestalt“ nach freier Fantasie gezeichnet hat und in einer anderen Einheit ein „Selbstportrait“ von sich herstellt:



| | |
|--|--|
| <p>2. Einige Kinder finden es ziemlich leicht, Freunde zu finden.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere finden es schwer, Freunde zu finden.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |
| <p>6. Einige Kinder haben viele Freunde.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere Kinder haben nicht sehr viele Freunde.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |
| <p>10. Einige Kinder haben so viele Freunde, wie sie gerne möchten.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere Kinder würden gern viel mehr Freunde haben.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |
| <p>14. Einige Kinder unternehmen alles zusammen mit vielen anderen Kindern.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere Kinder machen meistens was alleine.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |
| <p>18. Einige Kinder glauben, dass die meisten Kinder ihres Alters sie wirklich mögen.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere Kinder wünschen sich, dass mehr Kinder ihres Alters sie mögen.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |

modifizierte HARTER SKALEN für die 3. und 4. VS-Klasse für die vorliegende Untersuchung

| | |
|---|--|
| 22. Einige Kinder sind bei andern Kindern ihres Alters beliebt. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder sind nicht sehr beliebt. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|---|--|

Fragen zur sportlichen Kompetenz (Fähigkeitskonzept):

| | |
|---|---|
| 3. Einige Kinder sind sehr gut in allen möglichen Sportarten. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder glauben nicht, dass sie sehr gut in Sport sind. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 7. Einige Kinder glauben, dass sie gut genug im Sport sind. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder würden gerne viel besser in Sport sein. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|---|---|

| | |
|--|--|
| 11. Einige Kinder denken, dass sie mit jeder neuen Sportart gut zurecht kommen Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder haben Angst, dass sie mit der neuen Sportart nicht gut zurecht kommen. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|--|--|

| | |
|--|---|
| 15. Einige Kinder glauben, dass sie besser in Sport als andere Kinder in ihrem Alter sind. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder glauben nicht, dass sie genauso gut in Sport sind, wie die anderen. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|--|---|

| | |
|--|---|
| 19. Beim Spielen machen Kinder normalerweise mit statt nur zuzusehen. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Einige Kinder sehen zu beim Spielen statt mitzumachen. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|--|---|

| | |
|--|---|
| 23. Einige Kinder sind gleich von Anfang an gut bei neuen Spielen. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder sind bei neuen Spielen nicht gut. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|--|---|

Fragen zum Körperkonzept:

| | |
|--|--|
| 4. Einige Kinder sind zufrieden damit, wie sie aussehen. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder sind nicht zufrieden mit sich. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|--|--|

| | |
|--|--|
| 8. Einige Kinder sind zufrieden mit ihrer Größe und ihrem Gewicht. Stimmt: ganz genau so ungefähr | Andere Kinder würden lieber eine andere Größe und ein anderes Gewicht haben. Stimmt: so ungefähr ganz genau |
|--|--|

| | |
|--|--|
| 12. Einige Kinder mögen ihren Körper so, wie er ist. | Andere Kinder würden gern einen anderen Körper haben. |
| Stimmt: ganz genau so ungefähr | Stimmt: so ungefähr ganz genau |

modifizierte HARTER SKALEN für die 3. und 4. VS-Klasse für die vorliegende Untersuchung

| | |
|---|---|
| <p>16. Einige Kinder mögen es, wie sie aussehen.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere Kinder möchten gern anders aussehen.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |
| <p>20. Einige Kinder mögen ihr Gesicht und ihre Haare so, wie sie sind.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere Kinder wünschen sich, dass etwas an ihrem Gesicht oder ihren Haaren anders sein soll.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |
| <p>24. Einige Kinder denken, dass sie gut aussehen.</p> <p>Stimmt:</p> <p>ganz genau so ungefähr</p> | <p>Andere Kinder denken, dass sie nicht sehr gut aussehen.</p> <p>Stimmt:</p> <p>so ungefähr ganz genau</p> |

Die modifizierten Harterskalen wurden als „Spiel“ durchgeführt, indem auf den Tisch vier Boxen aufgestellt wurden. Es wurde jeweils zu einer Frage ein Bildpaar gezeigt, bei dem das Kind zuerst entscheiden konnte, welches Bild ihm ähnlicher ist, also z.B. „Ich bin zufrieden, wie ich aussehe“ oder „Ich bin nicht zufrieden, wie ich aussehe“ und dann sollte es noch zusätzlich zwischen zwei Stufen (Boxen siehe Foto) auswählen, ob dies ganz genau oder nur ungefähr zutrifft.



Kurzfragebogen (Datenblatt) an die Eltern der untersuchten krebskranken Kinder:

DATENBLATT

1. **Alter des Kindes:** _____
Alter des Kindes in Jahren und Monate: (z.B. Jänner 2000 geboren => Kind im April 2008 = 8, 4 Jahre alt)
2. **Diagnose des Kindes:** _____
3. **Seit wann** hat Ihr Kind Krebs? _____
4. Hat das Kind durch die Krankheit irgendwelche **Beeinträchtigungen** (z.B. Sehbehinderung, etc.)
Ja ☐ Nein ☐
Welche: _____
5. **Hat das Kind diese Beeinträchtigung:**
durch die Krankheit Krebs ☐ von Geburt an ☐ sonstiges ☐
6. **Besondere Ereignisse in Lebenslauf und Schullaufbahn ihres Kindes:**

| Jahr | Ereignis/Auffälligkeiten |
|------|--------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
7. **Schulsituation ihres Kindes:** _____ (Klasse, Schule)
8. **Ethnische Herkunft des Kindes** (Religionsbekenntnis): _____
9. **Wohnsituation:** Stadt ☐ Land ☐
10. **Hat das Kind Geschwister? Wenn ja, wieviele:** _____

DATENBLATT

Nun noch einige Fragen zu den verschiedenen Aspekten des Selbstkonzeptes Ihres Kindes:

11. **Wie äussert sich Ihr Kind über seine eigenen (kognitiven und sportlichen) Fähigkeiten? Nimmt Ihr Kind aus ihrer Sicht seine Fähigkeiten wahr? Sind sie ihm bewusst?**

12. **Wie sehen Sie die Fähigkeiten ihres Kindes? Welche Fähigkeiten (kognitive, sportlichen) hat Ihr Kind?**

13. **Wie ist Ihrer Meinung nach das Körpergefühl und das Wissen Ihres Kindes um seinen eigenen Körper? Wie äussert sich das Kind zu seinem Körper? Wie schätzen Sie seine Gefühle in Bezug auf seinen Körper ein?**

14. **Wie äussert sich das Kind über sich selbst, sein Können und sein Wissen? Entsprechen diese Äußerungen Ihrer Ansicht nach der Realität?**

15. **Wie schätzen Sie die Sozialkontakte Ihres Kindes ein (Beziehung Ihres Kindes zu anderen Kindern Freunde, Familie)? Welche Stellung nimmt ihr Kind in Gruppen/Klasse ein (Einzelgänger, Anführer)? Wie reagieren andere Personen auf Ihr Kind? Welche Bewertungen nimmt das Kind durch das soziale Umfeld wahr?**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !!!

BEOBACHTUNGSBOGEN

Anlass / Ziel der Beobachtung

Name des Kindes:

Alter des Kindes:

Wochentag:

Datum:

Zeitspanne von bis:

Thema in der Beobachtungszeit:

Beobachtungsort/-situation:

| Zeit | Verlauf (allgemein) | Beobachtungen beim Kind | Verhalten des Kindes | Verhalten anderer (Kinder, Eltern, ErzieherInnen) |
|------|---------------------|-------------------------|----------------------|---|
| | | | | |

BEOBACHTUNGSBOGEN - STRUKTURIERTE BEOBACHTUNG IM HEILSTÄTTENUNTERRICHT

| |
|-------------------------------|
| Anlass / Ziel der Beobachtung |
|-------------------------------|

Name des Kindes: _____
 Alter des Kindes: _____
 Wochentag: _____
 Datum: _____
 Zeitspanne von bis: _____
 Thema in der Beobachtungszeit: _____
 Beobachtungsort/-situation: _____

| Zeit | Beobachtungskriterien: | Verlauf (allgemein) | Beobachtungen beim Kind | Verhalten des Kindes | Verhalten anderer (Kinder, Eltern, ErzieherInnen) |
|------|--|---------------------|-------------------------|----------------------|---|
| | - entscheidet das Kind was es machen will alleine? - welche Hilfe gibt die Pädagogin dazu - will das Kind sich alleine beschäftigen oder mit anderen? - was macht das Kind? - macht es dies alleine oder mit anderen gemeinsam? mit wem? - welche Materialien benutzt das Kind? - was macht das Kind mit den Materialien? - spricht das Kind während der Aktivität? wenn ja, was? - wie ist der Gesichtsausdruck, Mimik, Körperhaltung? - stösst das Kind auf Schwierigkeiten beim Arbeiten/Spielen? - wie lange beschäftigt sich das Kind mit einer Aktivität? - beteiligen sich andere? - arbeitet das Kind konzentriert? - strengt es sich an die Aufgaben zu bewältigen - Frustrationstoleranz - kann es die Arbeit beenden? - welche Rollen übernimmt das Kind im Spiel - versteht das Kind Anweisungen und Aufträge | | | | |